

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS MULTIPLES
DES
NERFS CRANIENS COMPLIQUANT LE ZONA

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 24 Avril 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon ACHARD

Né à Jumeaux (Puy-de-Dôme) le 25 novembre 1873



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1900

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS MULTIPLES

DES

NERFS CRANIENS COMPLIQUANT LE ZONA

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

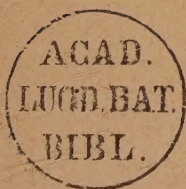
Et soutenue publiquement le mardi 24 Avril 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon ACHARD

Né à Jumeaux (Puy-de-Dôme) le 25 novembre 1873



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

Professeurs honoraires : MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNÉ.

Professeur en congé : M. BARD.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENUEVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROVENNE.

Chargés de cours complémentaires

	MM.	agrégé
Clinique des maladies des Enfants	WEILL.	—
Maladies des voix urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	DEVIC	SIRAUD	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX	COLLET	DURAND	BERARD
POLLOSSON (A.)	BOYER	DOYON	SAMBUC
ROCHET	BARRAL	PIC	BORDIER
ROLLET	MOREAU	PAVIOT	
CONDAMIN	VALLAS		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR, président; M. LANNOIS, assesseur;

MM. POLLOSSON (A.) et NOVÉ-JOSSERAND, agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Je suis heureux que la publication de ce modeste travail me permette de remercier bien sincèrement M. le professeur Augagneur pour la constante bienveillance qu'il nous a montrée dans le cours des dernières années de nos études et pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Lannois a été l'inspirateur de cette thèse, ses conseils nous ont été précieux ; qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous nous sommes inspiré beaucoup des travaux de notre vénéré maître M. le professeur Morat qui avec une extrême obligeance a bien voulu nous donner de précieux conseils ; nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde admiration.

Je ne veux pas oublier notre excellent ami M. le D^r Thomas, aide-major au 157^e, dont le concours nous a été d'une si grande utilité ; il sait que nous lui en conserverons un bien affectueux souvenir.

L. A.

INTRODUCTION

En publiant ce modeste travail, nous n'avons pas eu la prétention de présenter une étude complète des complications nerveuses de la fièvre zostérienne. Cette question a déjà été étudiée à fond depuis bien longtemps. Dans ces dernières années, elle a fait l'objet de publications nombreuses parmi lesquelles nous citerons les études remarquables de MM. Brissot, Raymond, Letulle, Landouzy, Hardy, Féré, qui, tour à tour, se sont évertués à rechercher l'étiologie et la pathogénie des paralysies faciales et ophtalmiques du zona.

Tout récemment, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* (20 mai 1899), MM. Klippel et Aynaud ont résumé les différents travaux publiés jusqu'à ce jour. Ces auteurs, tout en fixant définitivement l'état de la question nous ont ouvert sur l'étiologie du zona et des troubles nerveux qui l'accompagnent des vues nouvelles.

Il serait fastidieux, après la publication de ce beau travail, de s'étendre longuement sur les paralysies faciales et ophtalmiques du zona.

Toutefois, nous devons faire remarquer que les recherches de ces auteurs ne se sont pas étendues aux paralysies multiples des nerfs craniens. Il est vrai que les observations de ce genre sont fort rares.

Un cas de cette nature tout particulièrement intéressant que nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation de M. le professeur agrégé Lannois, nous a amené à rechercher les observations semblables qui auraient été antérieurement publiées, ainsi que les causes de la multiplicité des complications du zona.

Dans la publication des quelques observations ou traductions intéressantes par leur rareté ainsi que par l'appoint qu'elles apportent à la théorie infectieuse; dans la discussion étiologique et pathogénique du zona et de ses complications, nous voulons voir l'unique mérite de notre étude.

DIVISION DU SUJET

Nous étudierons successivement :

- 1° Les paralysies faciales compliquant le zona;
- 2° Les paralysies de la branche ophtalmique;
- 3° Les lésions multiples des nerfs craniens.

Nous passerons rapidement sur les deux premières parties du sujet, nous bornant à noter simplement les particularités saillantes que présentent au point de vue symptomatique et étiologique ces deux variétés de paralysies. En revanche, nous insisterons sur la troisième partie : lésions multiples des nerfs craniens, dont nous

présentons une observation personnelle et des traductions inédites.

Nous aurons enfin à nous étendre longuement sur l'étiologie et la pathogénie du zona qui doivent nous fournir l'explication la plus plausible de la multiplicité et de l'aberrance des lésions nerveuses compliquant cette affection.

CHAPITRE PREMIER

PARALYSIES FACIALES ZOSTÉRIENNES

Les observations de paralysies faciales zostériennes, pour être plus fréquentes que les lésions multiples de même nature des nerfs crâniens, n'en restent pas moins fort disséminées dans différents recueils scientifiques.

MM. Klippel et Aynaud à la suite de leurs recherches bibliographiques n'ont pu en recueillir que dix-sept dont ils nous donnent le résumé dans la Revue Générale de la *Gazette des Hôpitaux* du 20 mai 1899. Ces observations émanent de MM. Letulle (1882) (1); Eulenburg (2); Remak (3); S. Arubing (4); Testaz (1887) (5); Despaigne (1888) (6); Darabseth (7) et Spencer (1894) (8); Rabbe (1896) (9); Grasmann (1897) (10);

(1) LETULLE. — Sur un cas de zona ophtalmique gangreneux compliqué de paralysie faciale (*Arch. de phys.* 1882).

(2) EULENBURG. — *Centralblatt f. Nervenheilk.* 1^{er} mars 1885.

(3) WOIGT. — *St-Petersb. med. Wochens.* n° 45, 1885.

(4) STRUBING. — *Deuts. Arch. f. klin. Med.* 1886, vol. XXXVII.

(5) TESTAZ. — Thèse de Paris, 1887 (obs. XIV).

(6) DESPAIGNE. — *Étude sur la paralysie faciale périphérique.* Thèse de Paris, 1888 (obs. III).

(7) DARABSETH. — *The Lancet*, 5 mai 1894.

(8) SPENCER. — *The Lancet*, 9 juin 1894.

(9) RABBE. — Thèse de Paris, 1896.

(10) GRASMANN. — *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1897, LIX, p. 645.

Raymond (1898) (1); enfin celle de Klippel et Aynaud (1899) (2).

Ce serait sortir de notre sujet, tout au moins le faire traîner en longueur ou nous attarder à des répétitions inutiles que de reproduire ces observations qui ont été publiées déjà à plusieurs reprises, dans plusieurs thèses (Rabbe, Testaz) et dans différents articles de Revues.

Il ressort de leur lecture qu'il existe bien réellement une paralysie faciale zostérienne accompagnant le zona-maladie, la fièvre zoster nettement différenciée des éruptions zostéroïdes qui peuvent compliquer les paralysies faciales.

La paralysie faciale zostérienne a des caractères cliniques et un mode d'évolution qui lui sont propres. Au point de vue topographique, le zona, tantôt occupe la face seule, tantôt la face en même temps que d'autres régions; dans d'autres cas plus rares, l'éruption vésiculaire a intéressé le thorax, le cou ou la région occipitale.

Déjà, de cette différence dans la disposition topographique se dégage une conclusion importante que MM. Klippel et Aynaud n'ont pas manqué de mettre en relief: « Quand le zona se complique de paralysie faciale l'éruption vésiculaire peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout. »

Il est nettement établi que la paralysie faciale peut être *un accident à distance*, paralysie aberrante.

Un autre point saillant que met bien en relief la lecture de ces observations consiste dans la date d'apparition de

(1) RAYMOND. — *Cliniques des maladies du système nerveux*, 3^e série, 1898, p. 615.

(2) KLIPPEL et AYNAUD, déjà cités.

la paralysie qui, le plus souvent postérieure à l'apparition des vésicules, lui aurait toujours été au moins contemporaine.

Tous les auteurs qui ont cherché à établir l'existence d'une paralysie faciale dépendant du zona et bien distincte des troubles nerveux qui, au contraire, sont la cause de l'éruption, se sont appliqués à mettre en évidence cette particularité. La succession ou tout au moins la simultanéité des deux phénomènes contribuerait à prouver la relation de cause à effet entre l'éruption et la paralysie. Bien que nous admettions l'existence d'un zona-maladie, impliquant dans sa symptomatologie l'apparition de troubles nerveux, nous estimons que cette relation de cause à effet ne saurait être démontrée par l'ordre chronologique de ces deux symptômes : éruption et troubles nerveux.

Il existe dans la science des exemples de zonas symptomatiques ayant fait leur apparition en même temps qu'une hémiplégie et dans lesquels la coexistence de l'hémiplégie et de l'éruption vésiculeuse résultait jusqu'à un certain point d'une coïncidence fortuite.

Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux nous rapporte un fait de ce genre vraiment frappant. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une paralysie faciale nous croyons utile d'en donner un court résumé.

L'éruption vésiculeuse, chez la malade de Charcot, siégeait au membre inférieur, du côté paralysé suivant la distribution des rameaux superficiels de la branche cutanée péronière. Elle s'était déclarée *en même temps* que l'hémiplégie et celle-ci, dont le début avait été brusque, se rattachait à la formation dans l'un des hémis-

phères cérébraux d'un foyer de ramollissement déterminé lui-même par l'oblitération embolique d'une artère cérébrale postérieure. Quant au zona, voici, d'après Charcot, suivant quel mécanisme il s'était produit: « Un rameau artériel spinal, issu sans doute d'une des artères sacrées latérales fut trouvé à l'autopsie obstrué par un caillot sanguin et formant un cordon relativement volumineux, accolé à l'une des racines spinales postérieures de la queue-de-cheval. Il est probable qu'à son passage à travers le trou sacré, cette artériole, distendue à l'excès par le thrombus, avait comprimé soit le ganglion spinal, soit une branche d'origine du nerf sciatique, de manière à en déterminer l'irritation. »

On peut admettre que par un mécanisme analogue il puisse survenir une lésion irritative du trijumeau ou d'une de ses branches, donnant lieu à une éruption faciale et plus tard à une hémiplegie soit totale soit partielle due à un foyer de ramollissement. Par défaut d'observation, par légèreté d'interprétation, on pourrait dire alors que le zona précédant la paralysie a été la cause de cette dernière et se demander alors si l'irritation du trijumeau qui a été la cause de l'éruption n'aurait pas gagné par propagation le tronc du facial, ou bien encore, si les troubles nerveux observés du côté du facial ne sont pas dus à une action réflexe ayant eu son départ dans le trijumeau.

Nous aurons à revenir, au cours de notre étude, sur la discussion des théories réflexes ou de la propagation qui ont été émises dans le but d'expliquer la pathogénie du zona.

Si par ce court commentaire de l'observation de Charcot,

nous sommes sortis un peu de notre sujet, c'est pour mieux mettre en évidence : 1° le peu de valeur de l'ordre chronologique dans lequel se succèdent les deux affections ; 2° pour prouver que ce qui a pu paraître une relation de cause à effet dans quelques-unes des observations publiées, peut se résumer à une simple coïncidence.

Nous n'insisterons pas sur la description clinique de l'éruption zostérienne, pas plus que sur la symptomatologie générale de la paralysie faciale qui l'accompagne. Cette paralysie faciale peut être partielle ou totale, avec ou sans déviation du voile du palais. Ce qu'elle présente de particulier, c'est sa ressemblance frappante avec les paralysies faciales *a frigore*. Dans la succession des symptômes, nous avons à signaler une particularité intéressante : la névralgie est généralement la première en date, suivie d'éruption zostérienne qui, elle-même, accompagne ou précède à intervalles variables la paralysie.

Nous noterons deux autres faits intéressants sur lesquels nous aurons à revenir plus tard au sujet de la pathogénie.

1° *La relation existant entre ces différents symptômes au point de vue de leur intensité et de leur gravité respective est loin d'être absolue ;*

2° *Et c'est là un fait capital sur lequel nous ne saurions trop insister : l'absence possible de douleurs.*

MM. Klippel et Aynaud ont trouvé dans ce dernier détail une occasion de démontrer que l'irritation des nerfs sensibles n'est pas la cause de la paralysie. Pour nous, le fait aura une importance d'un autre ordre pour la discussion du mécanisme de l'éruption zostérienne.

Enfin, il est à remarquer que dans la plupart des cas, le pronostic de la paralysie avait été favorable ; la

bénignité, la courte durée des complications nerveuses serait, d'après la plupart des auteurs, un des caractères distinctifs du zona-maladie. Quelques observations semblent démentir cette assertion qui ne saurait cadrer, du reste, avec l'hypothèse étiologique qui paraît la plus admissible dans l'état actuel de la science.

Enfin, nous noterons en terminant l'analogie de la paralysie faciale zostérienne avec les paralysies oculaires compliquant le zona ophtalmique.

CHAPITRE II

DES COMPLICATIONS NERVEUSES DE L'APPAREIL OCULAIRE DANS LE ZONA OPHTALMIQUE

Nous ne nous appesantirons pas longuement sur ce sujet; c'est une question qui s'écarte du but que nous nous sommes proposé. Toutefois, nous ne saurions le passer sous silence en raison de l'analogie de la paralysie faciale zostérienne avec les paralysies oculaires qui compliquent le zona ophtalmique.

Jonathan Hutchinson en 1866 donne dans les *Ophthalmic Hospital Reports*, une description précise de cette affection et attire l'attention sur les lésions dont l'œil peut être le siège. Les travaux publiés depuis sur la question sont peu nombreux; les noms de Bowmann, Hybord, Coppez et Pacton sont les seuls que nous retrouvons dans la bibliographie.

Outre les paralysies qui intéressent plus particulièrement et plus fréquemment le moteur oculaire commun, nous retrouvons comme complication du zona des lésions de diverses membranes de l'œil, lésions surtout *trophiques*. Presque toujours la tendance à l'ulcération apparaît

comme le caractère distinctif des altérations des différents milieux de l'œil. Dans les kératites, nous trouvons des ulcérations souvent multiples siégeant en général à la périphérie, allongées, semi-lunaires, quelquefois cupuliformes qui laissent après elles des leucomes, des staphylomes. Dans quelques cas même, on a vu la lésion cornéenne aller jusqu'à la perforation et la perte de vue. L'atrophie de la papille, la névrite optique, le glaucome, l'opacité du corps vitré, l'hypopyon, la phlébite périoculaire avec panophtalmie, *la piémie* et *la méningite* ont été également observés.

Nous ne voulons pas entrer dans les détails de symptomatologie du zona ophtalmique dont nous venons de citer à la hâte quelques-unes des complications.

Ce que nous devons faire remarquer surtout ici, c'est l'intérêt que peuvent présenter pour la cause que nous voulons soutenir certaines particularités intéressantes. Les paralysies des muscles moteurs de l'œil, comme la majorité des paralysies du facial, ont été le plus souvent éphémères. Quelquefois, en même temps que la paralysie ophtalmique, on a observé la paralysie faciale; en réalité il s'agit là déjà de *paralysies multiples des nerfs crâniens* : dans un cas de zona gangreneux du front et du nez, Letulle (1) constata trois semaines après le début une hémiplegie faciale totale avec perte de la contractilité faradique, anesthésie de toute la face et point douloureux sus et sous-orbitaire et mentonnier.

D'autre part, s'il est des observations de paralysies faciales ayant compliqué le zona ophtalmique, les cas

(1) LETULLE. — *Arch. de phys.*, 1882, p. 162.

sont relativement assez nombreux de zonas ophtalmiques n'ayant été accompagnés d'aucune complication du côté des fonctions spéciales ou motrices de l'œil. A ce sujet, Hutchinson dans son premier mémoire, cherchant à établir les relations de siège existant entre les lésions de l'œil et les lésions cutanées, faisait observer : « que l'œil reste intact quand l'éruption est limitée au front alors qu'il est toujours atteint lorsque le côté du nez est envahi ».

Cette théorie, à tort ou à raison, a été réfutée par bien des auteurs, Bowmann en particulier. Si nous en avons parlé ici, c'est que l'observation personnelle que nous publions paraît devoir la confirmer. Chez notre malade, bien qu'on ait constaté l'existence d'un zona ophtalmique coïncidant avec un zona occipito-cervical, on n'a pu trouver trace de lésions anatomiques ou de troubles fonctionnels du côté de l'appareil oculaire.

Dans notre cas, il n'y avait pas de complications oculaires et les vésicules n'apparaissaient que sous la forme d'une éruption très discrète (une vingtaine de vésicules) bordant la convexité du sourcil; elles ne siégeaient donc pas sur le territoire des branches du nerf nasal; or, nous savons que les rameaux ciliaires qui innervent l'iris et la cornée sont fournis par le ganglion ophtalmique qui, lui-même, reçoit sa racine sensitive du nerf nasal. Enfin, et pour en terminer avec la symptomatologie du zona ophtalmique, nous citerons les cas exceptionnels qu'Abadie a décrit sous le nom de *zona frustre* et dans lesquels on observait seulement une lésion purement cornéenne, précédée par des douleurs hémicraniennes avec larmoiement, chémosis, œdème des paupières et bulle cornéenne.

De ces cas, il faut rapprocher les observations de Coppez relatant des faits de lésions oculaires sans herpès nasal.

En somme, si l'on considère de bien près les rapports qui unissent le zona ophtalmique à ses différentes complications intéressant l'appareil nerveux moteur ou sensitif de la face, nous sommes obligés d'admettre que l'éruption vésiculeuse pour être quelquefois le symptôme primordial et capital de l'affection n'en joue pas moins bien souvent dans le drame morbide qu'un rôle effacé, quelquefois même inappréciable. Les complications oculaires sont loin d'être constantes; en nous en rapportant simplement aux observations que nous avons lues, ou aux descriptions des manuels ou des dictionnaires, envisageant seulement les relations du zona ophtalmique avec ses complications nerveuses, nous pouvons proposer la classification suivante :

1° Zona ophtalmique avec complications oculaires diverses ;

2° Zona ophtalmique avec complications intéressant tout à la fois la branche ophtalmique et le nerf facial ;

3° Zona ophtalmique sans phénomènes morbides intéressant la branche ophtalmique, mais avec paralysie faciale ;

4° Affections diverses des nerfs craniens assez accentuées avec éruptions de zona ophtalmique *très discrètes*.

Cette variété de localisations d'intensité de ce que l'on pourrait considérer comme une complication du zona ophtalmique n'est pas sans nous laisser bien perplexe sur la valeur réelle, au point de vue étiologique, de l'accident primitif qui passe pour en être la cause et a pu acquérir, de ce fait, l'importance d'une entité morbide.

Il est bien difficile de savoir si le zona a été la cause de la paralysie ou s'il n'a été, au même titre qu'elle, que l'un des symptômes d'une affection générale. Sans vouloir entrer dès maintenant dans la discussion de la pathogénie du zona, nous nous demanderons ce qu'il faut penser des cas où l'éruption vésiculeuse, aussi discrète que fugace, a été accompagnée d'une paralysie faciale très nette et relativement durable. Très timidement, nous comparerons ces cas aux observations nombreuses de scarlatine où l'éruption a été assez discrète et assez éphémère pour ne pouvoir être observée et où l'angine a fait, à elle seule, tous les frais de l'observation clinique.

CHAPITRE III

LÉSIONS MULTIPLES DES NERFS CRANIENS DANS LE ZONA

Les observations de ce genre sont encore beaucoup plus rares que celles de paralysies faciales ou ophtalmiques isolées.

L'observation que nous avons recueillie à la consultation de M. Lannois nous en offre un type aussi intéressant par sa rareté que par les particularités qu'elle présente. Cette observation nous a amené à rechercher les cas de ce genre déjà publiés jusqu'à ce jour. La bibliographie est pauvre en documents de cette nature; nous pouvons citer toutefois les travaux de MM. Letulle et Raymond, en France. Les observations allemandes sont plus complètes. Hammerschlag, Grasmann, Remak, Strübing, Kaufmann, en ont publié un certain nombre agrémentées de commentaires intéressants surtout l'étiologie et la pathogénie. Deux de ces publications ont tout particulièrement arrêté notre attention en raison de la ressemblance qu'elles affectent avec notre observation personnelle et des discussions scientifiques qui les accompagnent.

Nous reproduisons au complet les traductions que nous avons faites des travaux de Hammerschlag, Strübing, Remak et Grasmann.

OBSERVATION I (personnelle).

Consultation gratuite de M. le professeur LANNOIS.

F... Pierre, quarante-cinq ans, jardinier, nous raconte l'histoire suivante :

Le 24 septembre 1898, après avoir les jours précédents travaillé à beaucoup d'arrosages s'est réveillé avec de la raideur dans la moitié gauche du cou ; il éprouvait aussi de vives démangeaisons qui s'étendaient depuis l'épaule jusqu'à la moitié gauche de la face et même du crâne. *Il n'avait jamais souffert du froid.*

Dès le lendemain, il présentait une éruption très étendue depuis l'épaule jusqu'au bord inférieur du maxillaire gauche et qui a tous les caractères du zona.

Le face est relativement indemne bien que la branche supérieure du trijumeau fût prise et qu'il y eût quelques vésicules au-dessus de l'œil gauche.

Le malade est pris en même temps de bourdonnements et de vertiges pour lesquels au bout de trois ou quatre jours il demanda un conseil à M. le docteur Dor chez lequel il était employé. A ce moment, M. Dor lui fait remarquer qu'il avait une paralysie faciale du côté gauche, ce dont il ne s'était pas aperçu.

Après avoir traité ce malade pendant quelque temps par l'électricité, M. Dor l'envoie à la consultation gratuite de M. le professeur agrégé Lannois à cause de la persistance de la paralysie faciale et des phénomènes auriculaires.

Il s'y présente le 27 décembre 1898. A ce moment, il n'existe plus de traces de l'éruption de zona ; mais la paralysie faciale est encore très manifeste et a tous les caractères de la paralysie périphérique. Les plis ont disparu presque complètement dans toute la partie gauche de la face : le pli naso-génien est fortement abaissé.

L'œil reste à demi ouvert lorsque le malade fait un effort

pour le fermer et on constate que le globe oculaire se dévie en haut et en dehors.

Le malade ne peut siffler et souffle difficilement. La langue est déviée à droite. Pas de modifications du voile du palais où la luette est médiane.

F... se plaint toujours d'avoir des bourdonnements d'oreilles qu'il nous compare à un sifflement qui le gêne, mais ne l'empêche pas de dormir. Il a également des vertiges mais ils sont moins forts actuellement qu'au début de l'affection. Dès le début, ces vertiges ont affecté la forme continue et ont présenté une certaine intensité. Le malade dit qu'il avait l'aspect d'un homme ivre et il lui était impossible de marcher sans une canne ou sans s'appuyer contre les murs : il n'est jamais tombé. Lorsque le vertige est un peu plus fort, il a une sensation de nausée, mais n'a jamais eu de vomissements.

Il entend un peu moins de l'oreille gauche que de la droite. De fait, avec une montre qui s'entend normalement à 80 centimètres environ, il n'entend qu'à 45 centimètres à gauche et à 40 centimètres à droite.

Il entend l'acoumètre de Polizer à 2 mètres à gauche et à 45 centimètres à droite.

L'examen de l'oreille ne montre pas de lésions actuelles en dehors d'une sclérose légère, déjà ancienne et qui existe des deux côtés.

A droite, le manche est vertical et on aperçoit la longue branche de l'enclume dans le cadran postéro-supérieur qui est un peu déprimé ; le triangle lumineux est conservé.

A gauche, il y a en outre un léger degré d'épaississement dans le cadran postéro-inférieur où l'on trouve deux petites brides qui partent de l'ombilic et se dirigent en bas et en arrière. Nulle part on ne trouve de traces de cicatrices ou de perforations. L'expérience de Weber est douteuse. Habituellement le malade latéralise le son du diapason vertex du côté droit. L'expérience de Rinn est positive des deux côtés.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Il n'y a d'ailleurs aucune lésion viscérale.

Le malade fut suivi un mois environ à la consultation. On lui donna de l'iode et on fit quelques cathétérismes de la trompe gauche sans obtenir de modifications sérieuses du côté de l'oreille.

La paralysie faciale s'améliorait lentement.

Nous avons l'occasion de revoir notre malade dans les premiers jours de mars et nous constatons ce qui suit :

La paralysie faciale va beaucoup mieux, l'œil se ferme complètement, avec un peu de difficulté cependant, la langue est droite.

Les bourdonnements d'oreille sont toujours continus mais peu intenses. Quelques rares et légers vertiges. L'audition est normale à droite, encore affaiblie assez considérablement à gauche.

Le malade ne suit aucun traitement.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord, dans le caractère topographique de l'éruption zostérienne, nous trouvons certaines particularités qui ne sont pas sans présenter un réel intérêt et desquelles on peut tirer des conclusions précieuses pour la cause de la théorie infectieuse du zona.

Il est à remarquer que l'éruption envahissait deux territoires tributaires de sources nerveuses différentes. L'éruption principale se composait de groupes vésiculaires situés sur la région occipitale inférieure et supérieure innervée par le nerf grand auriculaire, sur la face postérieure de la conque, du lobule de l'oreille et la face postérieure du conduit auditif ; enfin au-dessous du menton en longeant le bord inférieur du maxillaire. L'éruption s'arrêtait brusquement et nettement par une ligne suivant très exactement la courbe du bord inférieur de la

mâchoire. Cette particularité était même si saillante qu'elle avait attiré l'attention du malade et éveillé sa curiosité. A plusieurs reprises et avec insistance il nous en fit la remarque. Cette disposition des vésicules répond bien exactement au type décrit par Bærensprung sous le nom de *zona occipito-collaris*.

D'autre part, une deuxième éruption beaucoup moins confluyente occupait la région fronto-temporo-pariétale, siège du zona ophtalmique.

En réalité, deux éruptions bien distinctes : l'une suivant le trajet des filets du plexus cervical superficiel, l'autre, intéressant une région tributaire de la branche ophtalmique.

Plus instructive encore est la constatation des troubles nerveux observés du côté de l'oreille interne qui accompagnaient la paralysie faciale : diminution de l'acuité auditive, vertiges, titubation, bourdonnements, et qui semblent indiquer que le nerf auditif a été intéressé en même temps que le plexus brachial, la branche ophtalmique et le tronc trifacial.

Cette observation nous démontre donc :

1° La possibilité de la coexistence de deux zonas (occipital et ophtalmique) ;

2° La multiplicité possible des troubles nerveux du côté des nerfs craniens :

a) Troubles sensitifs du côté du trijumeau ;

b) Troubles moteurs du tronc trifacial ;

c) Enfin lésions (anatomique ou fonctionnelle) du nerf acoustique ayant donné lieu à des troubles que l'on doit mettre sur le compte d'une excitation plutôt que d'une paralysie.

Dans les autres observations que nous reproduisons ici, nous trouvons cette même diversité dans le siège, la nature des lésions; la même multiplicité des organes intéressés fonctionnellement ou anatomiquement.

Ce qui paraît le plus singulier dans notre observation, c'est l'existence des troubles du côté de l'appareil de l'audition. Dans la plupart des publications, les lésions du nerf auditif sont simplement citées au passage à titre d'épisode banal. Peu d'auteurs en ont recherché la cause ou la pathogénie. Du reste, ces troubles de l'audition sont fort variables et le plus souvent passagers. Ici, il s'agit d'hyperacousie comme dans les cas rapportés par Strubing, Woigt, Raymond; là, au contraire, il est question d'hypoacousie: tels sont les faits de Testaz, Klippel et Aynaud, Grasmann; ailleurs enfin, ce sont des troubles plus sérieux et plus complexes: bourdonnements, vertiges, perversion des sensations auditives, réactions paradoxales, voire même surdité totale (Woigt, Kaufmann, Hammerschlag, Lannois).

Nous croyons devoir insérer à cette place la traduction des trois observations qui se rapprochent le plus de la nôtre.

OBSERVATION II (HAMMERSCHLAG) (1)

Sur un cas d'affection aiguë et simultanée du facial, de l'auditif et du trijumeau.

(Traduction inédite)

Le malade est un tourneur sur nacre, âgé de trente-deux ans. Il est issu d'une famille où les enfants étaient nombreux. Onze de ses frères et sœurs sont morts dans leur jeune âge. Il est

(1) Déjà cité.

marié et père de cinq enfants. En 1888, il fut atteint d'une bronchite ; il toussa passablement jusqu'en 1894, ne cracha jamais le sang et ne souffrit jamais de sueurs nocturnes. Depuis, il prétend avoir toujours été en bonne santé.

Sa maladie actuelle date du 20 mars de cette année (1898). Il en fournit lui-même les raisons suivantes :

14 mars. — Il fit à travers la pluie et la neige tombant avec violence une marche forcée qui dura quatre heures et qui entraîna une sueur abondante. Le côté droit de son visage était particulièrement exposé à la tempête. Cinq jours après, le 19 mars au soir, il eut le frisson pendant trois ou quatre heures, et dut se coucher. Il éprouva des nausées et de violents vertiges pendant lesquels les objets lui paraissaient tourner de droite à gauche. En fermant les yeux, le vertige cessait. Le malade se sentait abattu et avait de vives céphalées. Le 20 au matin, il s'éveilla avec une violente douleur pongitive dans l'oreille droite, qui était en même temps le siège d'un bourdonnement continu. Le vertige avait augmenté, et se compliquait d'une violente nausée. Le malade sentit aussi que sa bouche ne se fermait plus du côté droit, et que la moitié droite de son visage était tendue. Les douleurs rayonnaient surtout vers le front, vers l'angle oculo-nasal droit et dans les dents des mâchoires supérieure et inférieure droites. L'œil droit ne pouvait plus se fermer, et sur la moitié droite de la langue le malade ne pouvait rien sentir. Il fournit aussi ce renseignement « qu'il lui arrivait moins d'air par la moitié droite du nez ». Cet état persista sans modification jusqu'au 22 mars. Ce jour-là, le malade remarqua pour la première fois qu'il éprouvait une sensation de frottement à la face supérieure de la cornée de l'œil droit, et que la sécrétion lacrymale ne s'accomplissait plus à cet œil. Le même jour, le malade vomit une fois.

23 mars. — Je le vis pour la première fois à l'ambulance de la clinique des oreilles, et je constatai au pavillon de l'oreille droite l'affection qui va être décrite.

29 mars. — Le malade fut admis à la clinique du professeur Nothnagel.

L'observation fournit les données suivantes :

Les organes internes sont sains ; l'examen de l'urine donne un résultat négatif.

Le visage est asymétrique ; le front est ridé, les ailes du nez mobiles, l'angle de la bouche dévié ; le sourire est possible à gauche seulement. Le malade ne peut ni siffler, ni gonfler les joues. *Sous l'innervation de la branche buccale du facial, les muscles ne se tendent qu'à gauche et non à droite.* La moitié droite de la bouche s'ouvre avec moins de résistance que la moitié gauche. L'œil droit ne peut se fermer qu'en laissant une ouverture palpébrable de 8 millimètres. Si on essaye de le fermer, le globe oculaire se tourne en haut. La paupière inférieure droite est un peu éloignée du globe oculaire, le pli naso-labial droit est comblé ; l'angle de la bouche est plus profond à droite qu'à gauche.

Les pupilles sont d'étendue moyenne et égales, elles réagissent vivement. Le globe oculaire se meut librement dans toutes les directions. Si le regard est fortement dirigé de ce côté, il se produit de légères contractions rappelant le nystagmus. On constate de plus que le malade ne pleure pas de l'œil droit et que la sécrétion lacrymale est complètement tarie à droite. Il déclare lui-même avoir remarqué une sécheresse singulière à l'œil droit. La conjonctive de la paupière inférieure droite est d'un rouge plus vif qu'à gauche ; il en est de même de la conjonctive du globe oculaire.

L'examen de l'organe auditif a fourni les résultats suivants :

Oreille externe droite (Prof. Finzer) : Dans l'excavation de l'hélix, au lobule, aussi bien à la face externe qu'à la face postérieure, et aussi à la base du tragus, on remarque un groupe d'efflorescences de grosseur variant entre une tête d'épingle et une lentille, recouvertes d'une petite croûte très mince. La peau environnante est légèrement enflammée.

Diagnostic : Herpès zoster.

Le conduit auriculaire est large, sans efflorescences. La

membrane tympanique droite est normale à part une légère altération. (La membrane tympanique gauche est de même légèrement altérée.)

L'examen fonctionnel de l'organe auditif a fourni les données que voici :

Weber à la tête ; Rinne positif des deux côtés.

Le pouvoir de transmission par les os de la tête est légèrement diminué à droite, il est aboli quand il s'agit du tic-tac d'une montre, il est bon à gauche. Le pouvoir de transmission par le milieu aérien est diminué à droite d'environ 25 secondes *pour C¹* ; il est minimum *pour C¹*, et diminué d'environ 5 secondes *pour C²*. La portée de l'ouïe pour la parole murmurée est, à gauche, d'au delà de 10 mètres ; à droite de 6 mètres ; pour le tic-tac d'une montre, elle est, à gauche, d'un peu plus d'un mètre ; à droite, de 35 centimètres.

En fermant les yeux, le malade peut se tenir debout presque sans vaciller. A la moindre tentative faite pour se retourner en fermant les yeux, la partie supérieure du corps perd l'équilibre ; le malade vacille, et il faut le retenir pour qu'il ne tombe pas. Avec les yeux ouverts, le malade peut marcher sans qu'il soit possible de constater quelque chose d'anormal aux jambes, pourtant la partie supérieure du corps oscille fortement de droite à gauche. Les bras servent de balancier même pendant une marche tout à fait lente.

Le malade doit s'arrêter à plusieurs reprises pour poser le pied convenablement en usant de précautions. Quand il s'agit de tourner, l'oscillation est plus marquée, et les mouvements des bras cherchant un point d'appui plus nets. Le malade ferme-t-il les yeux, il peut tout au plus faire deux ou trois pas sans assistance. Il va très lentement, à tout petit pas ; il oscille dans toutes les directions ; il cherche à se maintenir debout, et il s'arrête toujours pour trouver de nouveau son équilibre. Il s'oriente bien d'après la position de sa tête dans l'espace.

L'épreuve galvanique du nerf auditif révèle :

A la fermeture, au cathode : une sensation sonore à 3 *M. A.*
une sensation continue à 6 *M. A.*

A l'ouverture, au cathode	} Aucune sensation sonore.
A la fermeture, à l'anode	
A l'ouverture, à l'anode	

A gauche, l'auditif ne réagit en aucune façon même aux plus intenses courants.

Un examen plus approfondi du malade fournit les résultats suivants :

L'odorat existe des deux côtés. La sensibilité de la tête et du visage est normale et égale quel que soit le genre d'excitation ; vient-on à toucher la muqueuse des joues, le malade annonce qu'il sent mieux à gauche et plus faiblement à droite.

Les gencives de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure sont un peu rouges et gonflées à droite. Le réflexe conjonctival fait défaut à droite. Les points où l'on peut exercer une pression sur les nerfs ne sont pas douloureux à la pression, et ne sont pas non plus sensibles spontanément. Des deux côtés les saveurs ne sont pas perçues dans le tiers antérieur de la langue. (Subjectivement, d'après les renseignements fournis par le malade, il y a du côté droit une altération manifeste dans la perception des saveurs.) La déglutition et l'élocution ne sont pas troublées ; les mouvements de la langue sont libres. La sensibilité et la motilité sont normales à tous égards dans le reste du corps. Les réflexes tendineux et cutanés sont symétriques des deux côtés et un peu exagérés.

Il convient encore d'appeler l'attention sur les phénomènes suivants qui se sont manifestés au cours de la maladie :

30 mars. — Le malade éprouve toujours une sensation de « roulement » à la tête. L'œil droit se ferme un peu mieux. La paupière supérieure s'abaisse sur un espace de 2 millimètres environ. La sensation de sécheresse et de frottement n'est pas modifiée. Le malade a la possibilité d'attirer un peu la joue droite dans la cavité buccale. L'acuité de l'ouïe eu égard au tic-tac d'une montre atteint à gauche 4 m. 35.

30 mars. — La paralysie du facial a encore diminué. L'œil se ferme avec un écartement palpébral de 7 millimètres.

L'acuité de l'ouïe eu égard au tic-tac d'une montre est de 40 centimètres à droite. La transmission de ce tic-tac par les os de la tête fait encore défaut, que la montre soit placée sur la tempe droite ou sur l'apophyse mastoïde droite.

1^{er} avril. — La sécrétion lacrymale reparaît. Il y a maintenant de l'épiphora à la suite de l'abaissement de la paupière inférieure. La moitié droite du front présente des rides, quoiqu'elle ne soit innervée que très faiblement. La joue se gonfle un peu mieux qu'auparavant. Le malade éprouve encore du vertige et des bourdonnements d'oreille. Une montre est entendue à droite à une distance de 26-30 centimètres.

3 avril. — Les bourdonnements dans l'oreille droite sont devenus un peu plus intenses. Le malade annonce qu'il ressent de nouveau une légère douleur pongitive dans le conduit auriculaire droit. L'examen révèle que les vaisseaux du marteau sont légèrement injectés, ainsi que le quadrant postéro-supérieur de la membrane du tympan. Il n'y a pas d'éruption nouvelle dans le conduit auriculaire et les éruptions antérieures sont complètement desséchées. La transmission du tic-tac d'une montre par les os de la tête s'est améliorée à droite. Le patient dit qu'il entend maintenant une montre placée sur la tempe droite ; il l'entend moins bien qu'à gauche cependant.

5 avril. — La transmission du tic-tac d'une montre par les os de la tête s'accomplit pareillement des deux côtés. La portée de l'ouïe pour ce même tic-tac est à droite d'environ 50 centimètres. Le malade annonce que, du côté droit, il sent mieux les saveurs qu'auparavant.

6 avril. — La démarche s'est améliorée ; le malade peut, les yeux ouverts, avancer rapidement et sans oscillations ; en fermant les yeux, la marche est plus vacillante. Le malade tombe presque s'il se retourne, les yeux fermés.

8 avril. — Le tic-tac d'une montre transmis par les os de la tête est perçu de la même façon à droite et à gauche. La paralysie faciale n'a pas subi d'amélioration plus considérable.

L'herpès est complètement guéri. L'épreuve de la sensibilité à la muqueuse des joues ne fournit plus aucune différence.

9 avril. — Le malade quitte la clinique.

Je le revis le 25 avril.

Dans l'intervalle, le malade n'avait subi aucun traitement. Aussi son état s'était-il aggravé.

Il se plaint maintenant de sensations de froid temporaires à la tête et de bourdonnements continuels dans l'oreille droite. L'ouïe doit être devenue plus mauvaise.

Voici les résultats fournis par l'examen pratiqué ce jour-là.

Le côté droit du front est un peu innervé et présente des rides ; quant à la moitié droite du visage, elle est complètement immobile. A la conque, on reconnaît encore les restes de l'herpès zoster. La membrane tympanique droite est légèrement macérée (le malade, pour calmer ses bourdonnements d'oreille, a instillé de l'eau chaude à plusieurs reprises). La sensibilité du visage est pareille des deux côtés et normale. Les gencives des mâchoires supérieure et inférieure droites sont légèrement rouges et mobiles (d'après les renseignements du malade, elles saignent légèrement). Le malade se tient debout et marche convenablement les yeux fermés ; mais veut-il rapidement se retourner, il vacille. *Sensation du bruit de tisserand à la tête.* Le tic-tac d'une montre placée sur la tempe droite ou sur l'apophyse mastoïde droite n'est pas entendu : la transmission par les os de la tête ne s'accomplit plus de nouveau. Le pouvoir de la transmission par le milieu aérien est diminué pour toutes les notes du diapason. A droite, une montre n'est entendue que si elle est en contact avec l'oreille ; à gauche, elle est entendue à la distance de 1 m. 25. La parole murmurée est perçue à droite à 1/2 mètre. Le pouvoir de transmission des notes graves par le milieu aérien est fortement diminué à droite. Le malade apprend aussi que depuis quelques jours *il entend double par l'oreille droite* ; les sons musicaux en particulier lui produisent une sensation très désagréable. L'exactitude de ce renseignement est contrôlée

par une expérience faite avec un harmonica. Par suite de cette duplicité de l'ouïe, le malade n'est pas en état, s'il ferme l'oreille gauche, de distinguer le nombre de sons émis rapidement et les uns à la suite des autres par l'instrument de Politzer. La sensation d'obstruction de la moitié droite du nez est réapparue aussi à un vif degré. L'examen du nez révèle l'existence d'un septum cartilagineux à gauche ; si bien que le côté droit prétendu obstrué est en réalité plus large que le côté gauche. La sécrétion nasale est normale à droite.

OBSERVATION III (STRUBING) (4)

(Traduction inédite)

M^{lle} J., âgée de cinquante-deux ans, souffre depuis environ vingt ans de vifs accès d'hémicranie qui se répètent approximativement à des intervalles de huit à quatorze jours.

Le samedi 3 juin 1882, la patiente fut exposée, à cause de son travail, et pendant un temps considérable à *un très vif courant d'air*. Quelques heures après elle ressentit tout à coup une douleur très intense dans toute la moitié gauche du visage, au front, à la tempe et aux mâchoires supérieure et inférieure. Cette douleur dura environ quinze minutes et diminua ensuite graduellement. Les deux jours suivants, la même douleur reparut d'une façon aussi soudaine et eut à peu près la même durée. Le mardi matin, la malade éprouva une vive sensation de brûlure à la peau, sur la moitié gauche du visage et au côté gauche du cou. Cette douleur persista avec la même intensité toute la journée et pendant la nuit. Déjà le mardi soir, étaient apparus en avant et en arrière de l'oreille des points rouges qui, le lendemain matin, étaient recouverts de petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle environ. Pendant la journée la peau devint rouge de la même façon, d'abord à la mâchoire

(4) Déjà cité.

inférieure puis sur la surface antérieure du cou et au visage. Le jeudi matin, toutes ces régions étaient également recouvertes par des groupes isolés de petites vésicules. Pendant cette journée, de vives et très rapides douleurs furent encore ressenties. La patiente fit là remarque que, ce soir-là, elle ne fut pas en état d'allumer la lampe. Elle vit dans un miroir qu'elle avait la bouche déviée à gauche (?). La nuit se passa sans douleur. Le vendredi matin, il fut impossible à la malade de fermer l'œil gauche, et le même jour elle fit appeler un médecin.

État actuel. — Vendredi 9 juin, après-midi, il y a sur la moitié gauche du visage de très nombreuses vésicules d'herpès. Leur développement est plus considérable encore autour du lobule de l'oreille, dans la région du trou stylo-mastoïdien et aux environs de l'angle du maxillaire inférieur. Quelques vésicules se montrent au menton le long de la mâchoire inférieure, d'autres à la partie la plus externe de la joue, sur la surface postérieure du pavillon de l'oreille et dans la région mastoïdienne. Des vésicules plus étendues sont situées en avant, à la partie supérieure du cou, et en arrière, à la nuque où elles s'étendent depuis le bord du cuir chevelu environ jusqu'à la hauteur de la dernière vertèbre cervicale.

Le contenu des vésicules est clair et limpide. La peau environnante est légèrement rouge.

La malade se plaint d'une sensation d'engourdissement dans la moitié gauche du visage ; en réalité, la sensibilité de la peau ne paraît pas modifiée.

Les muscles du visage sont totalement paralysés du côté gauche ; ils ne participent pas aux mouvements d'expression de la face. La moitié du visage est lisse et sans rides. La bouche est déviée à droite ; l'angle gauche de la bouche est affaissé. L'œil se ferme incomplètement à gauche ; il y a blépharoplagie et l'œil pleure.

L'excitabilité électrique du nerf frontal gauche et des muscles paralysés n'est pas modifiée par rapport au côté sain.

La luette et le voile du palais sont intacts. Il n'y a pas d'altérations de l'ouïe ni de modification dans la sécrétion salivaire. Les sensations gustatives ne sont pas non plus perverses au moins subjectivement ; pourtant l'épreuve objective montre que le goût est quelque peu affaibli à gauche, dans les deux tiers antérieurs de la langue.

La pression exercée sur les trous sus et sous-orbitaires est très sensible des deux côtés, mais surtout à gauche. Il y a aussi des points douloureux des deux côtés. Ces points siègent à peu près au milieu entre l'apophyse mastoïde et les vertèbres cervicales supérieures (nerf grand occipital). La pression exercée sur la colonne vertébrale à des endroits isolés, notamment sur les troisième et cinquième vertèbres cervicales et sur les troisième et quatrième dorsales, est également douloureuse, de même que la pression exercée sur le sympathique, des deux côtés ; ici cependant la douleur est plus vive à gauche qu'à droite. La pression exercée dans la région du trou stylo-mastoïdien est très sensible à gauche.

10 juin. — L'excitation du tronc du facial au moyen d'un courant faradique et d'un courant continu entraîne, pour une égale intensité de courant, des contractions de l'orbiculaire des lèvres un peu plus vives du côté gauche que du côté droit. L'excitabilité galvanique et faradique des muscles paralysés n'est pas modifiée par rapport au côté sain. Les autres résultats fournis par l'observation sont les mêmes qu'antérieurement. Les douleurs névralgiques ne se sont pas répétées.

13 juin. — Les vésicules situées à l'oreille et à l'angle de la mâchoire inférieure commencent à se dessécher. Le contenu des autres vésicules est devenu trouble. L'excitabilité faradique des nerfs est affaiblie ; avec un même écartement des bobines, les contractions sont moins intenses à gauche qu'à droite. L'excitabilité galvanique des nerfs est également diminuée. De même enfin l'excitabilité galvanique et faradique des muscles par une action directe est amoindrie.

19 juin. — La réaction faradique des nerfs et des muscles

est très notablement diminuée, ainsi que l'excitabilité galvanique des nerfs. Les vésicules herpétiques sont pour la plupart guéries.

28 juin. — L'excitabilité galvanique et faradique des nerfs s'est élevée, ainsi que l'irritabilité faradique des muscles. L'excitabilité galvanique des muscles s'est manifestement accrue. Les contractions sont lentes. L'excitabilité mécanique des muscles s'est également élevée. En frappant les muscles avec le marteau à percussion, on obtient de vives contractions. Les points douloureux décrits plus haut concernent la même sensibilité.

8 juillet. — La réaction faradique des muscles et des nerfs a augmenté. L'excitabilité galvanique des nerfs disparaît, la contractilité galvanique des muscles s'est accrue.

La patiente demeura en observation pendant environ quatorze jours encore. Durant tout ce temps la réaction de dégénérescence persista complètement.

La malade fut ensuite perdue de vue.

Elle revient au mois d'avril de l'année suivante, c'est-à-dire neuf mois environ après. L'observation fournit les résultats suivants :

Les mouvements sont réapparus du côté gauche; ils sont cependant moins vifs que du côté sain. L'œil se ferme, le nez est refrogné, le front est ridé, la bouche n'est pas écrasée. Il y a une contracture manifeste des muscles du côté paralysé, l'angle de la bouche est dévié à gauche; le pli naso-labial est plus vivement prononcé à gauche qu'à droite, la fente palpébrale est plus petite de ce même côté gauche. L'excitabilité galvanique et faradique des nerfs a encore diminué, ainsi que la contractilité galvanique et faradique des muscles. Les contractions provoquées par l'excitation directe des muscles sont encore un peu lentes.

La mise en action de groupes musculaires isolés entraîne des mouvements concomitants d'autres groupes. Ainsi, l'action d'avancer les lèvres provoque des contractions de l'orbiculaire des paupières, et de même l'action de fermer les yeux est

suivie d'une légère déviation de l'angle de la bouche vers la gauche. L'excitation de la peau du menton provoque des contractions des muscles du côté gauche du menton et de la bouche ; de même, vient-on à exciter la peau des joues, il se produit des contractions de l'orbiculaire des paupières et de l'orbiculaire des lèvres.

La pression exercée sur le trou stylo-mastoïdien gauche, qui était très douloureuse au commencement de la maladie, ne l'est plus maintenant. Du reste, les points douloureux des régions innervées par le trijumeau et le sympathique, ceux de la colonne vertébrale, etc., demeurent identiques à ce qu'ils étaient auparavant.

OBSERVATION IV (E. VOIGT) (1)

Sur un cas d'herpès zoster compliqué d'une grave paralysie faciale périphérique du même côté.

(Observation prise à la polyclinique du Dr REMAK, Berlin)

(Traduction inédite)

K..., âgé de quarante-quatre ans, ouvrier, se présente à la consultation le 14 septembre.

9 septembre. — Il éprouvait des douleurs à la région occipitale, à la région latérale gauche du cou, dans la fosse auriculo-mastoïdienne et au visage. A cette époque déjà, quelques petites macules rouges étaient devenues visibles dans les endroits douloureux.

11 septembre. — A son réveil, son visage est dévié, le lendemain, la paralysie atteint le degré qu'elle présente actuellement. Le même jour, le malade éprouvait une sensation d'amertume dans la moitié gauche de la langue ; l'oreille gauche était le siège de bourdonnements et l'ouïe y était dure.

(1) Déjà cité.

Son travail de chaudronnier l'expose à des variations de température fréquentes et rapides. Toutefois, on ne saurait invoquer aucun refroidissement comme cause de l'affection actuelle.

Une pleurésie a été contractée il y a six ans.

État actuel. — Paralyse faciale complète du côté gauche. L'œil demeure ouvert, il n'y a pas d'ectropion. Le voile du palais s'élève régulièrement, il ne subit pas de déviation pendant la phonation. L'élocution est convenable. La déglutition s'accomplit sans difficultés. Le goût, à l'épreuve galvanique, ne présente aucune différence des deux côtés, malgré les renseignements que fournit le malade sur des sensations d'empâtement éprouvées sur la moitié gauche de la langue. Le tic-tac d'une montre n'est pas entendu à la distance d'un pouce.

L'examen de l'oreille révèle tout d'abord une vive sécrétion de cérumen remplacée ensuite par un catarrhe de l'oreille moyenne avec hyperesthésie et réaction paradoxale. Le malade fournit un renseignement qui paraît extraordinaire : il entend en double, dit-il, la musique, surtout les notes aiguës ; *et vient-on à parler haut*, il saisit deux voix.

On note une éruption récente d'herpès sur la région latérale gauche. Elle constitue un groupe de vésicules d'une largeur de 2-3 centimètres. Elle s'étend sur le bord antérieur du trapèze, depuis le cou jusqu'au sommet du cartilage thyroïde. En haut, elle dépasse le bord du trapèze, englobe la partie supérieure gauche de la nuque et s'étend jusqu'au cuir chevelu de la région occipitale gauche. Il y a quelques groupes de vésicules sur la partie tout à fait supérieure du sterno-cléido-mastoidien, dans la région occupée ordinairement par la barbe et sous le menton. On remarque aussi un groupe herpétique long de 2 cent. 1/2 sur la partie de la joue correspondant au bord alvéolaire de la mâchoire inférieure ; il est limité en arrière par le bord antérieur du masséter. La moitié gauche du visage est sensible aujourd'hui encore aussi loin que s'étend la barbe : c'est pourquoi le malade n'a pas dû se raser pendant les derniers jours.

Les recherches objectives entreprises au sujet de la sensibilité révèlent, comparativement à l'autre côté, une analgésie de toute la moitié inférieure gauche du visage, dans les limites mêmes de l'herpès.

L'essai de la sensibilité cutanée, fait par l'électrode d'Erb, donne les résultats suivants :

Une sensation de douleur est perçue à la joue :

à droite avec un écartement des bobines (1) de — 5 millimètres
à gauche — — — — — 45 —

Sous le bord de la mâchoire inférieure, où les vésicules paraissent plus récentes, il y a, au contraire, à gauche, hyperesthésie et hyperalgésie aussi bien à l'acupuncture qu'à l'épreuve électrocutanée au moyen de l'électrode d'Erb.

Le compas d'épaisseur donne des résultats semblables des deux côtés.

Épreuve faradique du facial, le 14 septembre :

A droite, contraction du facial avec un écartement minimum de + 25 millimètres ;

A gauche, contraction du facial avec un écartement minimum de + 10 millimètres.

Épreuve au 15 septembre :

A droite, contraction du facial avec un écartement minimum de + 23 millimètres ;

A gauche, contraction du facial avec un écartement minimum de + 9 millimètres.

Les expériences faites sur les branches particulières du facial donnent une différence d'environ 12 millimètres d'écartement des bobines en défaveur du côté gauche.

Les jours suivants, l'excitabilité nerveuse au courant fara-

(1) Cet écartement est *négalif* lorsque les bobines se recouvrent ; il est *positif* lorsque les bobines sont réellement éloignées l'une de l'autre.

dique diminua graduellement, au point que la différence entre l'écartement des bobines atteignit environ 20 millimètres.

Épreuve galvanique du facial, le 14 septembre :

A droite, nerf frontal K. S. Z. avec 2 milliampères ;

A gauche — — — 3 1/2 —

Les jours suivants, l'excitabilité galvanique du nerf s'abaissa jusqu'à 10 milliampère K. S. Z., l'électrode restant la même.

19 septembre. — C'est-à-dire précisément huit jours après le début de la paralysie, l'excitabilité nerveuse avait augmenté pour les intensités des deux sortes de courants.

L'excitabilité musculaire resta absolument parallèle jusqu'au 24 septembre. A cette époque la réaction de dégénérescence se manifesta, d'abord des deux côtés ; le 27 elle augmenta à gauche :

A droite avec 2 milliamp. K S L.

A gauche avec pas même 1 milliamp. K S L.

En même temps l'excitabilité mécanique augmentait.

Pendant que la paralysie faciale demeurait stationnaire, le zona dessécha presque complètement et les douleurs spontanées avec sensation de pesanteur diminuèrent.

L'hyperesthésie objective de la région sous-maxillaire gauche a fait place à une anesthésie relative :

Sensibilité générale cutanée à l'électricité :

A droite avec 0 millim.

A gauche 3 —

Sensibilité à la douleur :

A droite avec 12 millim. d'écartement des bobines

A gauche 23 —

Essai au compas d'épaisseur :

A droite 14 millim.

A gauche 20 —

Traitement. — Courants galvaniques sur le nerf facial et la branche cervicale transverse. Puis électrisation des muscles paralysés.

Les douleurs diminuent, l'ouïe s'améliore, mais la paralysie faciale persiste et une amélioration n'est guère à attendre avant six mois.

OBSERVATION V (TESTAZ) (1)

Le nommé Émile L..., dix-huit ans, bijoutier, entre le 12 février 1885, salle Audral n° 59. Pas d'antécédents à noter.

22 janvier. — Après avoir pris un bain, il eut froid en se promenant tard le soir. Deux jours après, il éprouva une forte douleur dans le fond des oreilles avec battements dans la tête, le soir, en se couchant, comme si on lui tirait ou perforait le tympan. Pas de douleurs ailleurs, mais il ressent des démangeaisons sur le côté gauche de la face, qui paraît enflé. Le lendemain matin du jour où il a commencé à sentir la douleur, il se fait une éruption de vésicules pleines d'un liquide incolore ; au bout de trois jours, elles se transforment en croûtes qui démangent ; ces vésicules sont disposées en trois groupes arrondis, l'un grand comme une pièce de 5 francs, au niveau de la pommette, les deux autres grands comme une pièce de 0,50 au milieu de la joue et à un centimètre de la commissure labiale ; du côté droit, absolument rien. Un médecin porta sur cette affection le diagnostic de *zona*. Les dents du côté gauche étaient douloureuses au point que le malade ne pouvait mâcher les aliments, les gencives saignaient.

Vers le sixième jour, toute douleur disparut, mais le malade s'aperçut, tout à coup, que sa bouche était fortement déviée à droite ; les aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo-buccal. Le malade ne peut plus ni siffler ni jouer de la flûte. La salivation est abondante, l'œil gauche se ferme mal. Il y a de l'épiphora. Les phénomènes de paralysie durent cinq jours, tout en décroissant peu à peu. L'état général a toujours été bon.

(1) Déjà cité.

9 février. — Reprise des douleurs et le malade entre à l'hôpital le 12.

13 février. — *État actuel.* La douleur existe à l'entrée du conduit auditif externe. La région présente un peu de rougeur diffuse. La douleur est vive au niveau du tragus. Il y a un peu de douleur à la pression sur le trajet du nerf maxillaire inférieur et au niveau de la pommette. On ne réveille pas de douleur à la pression du front, de la tempe et du trou sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier.

La sensibilité explorée avec une épingle est conservée. Sur la peau, on voit des taches rougeâtres, aux points où siégeaient les croûtes, traces des anciennes vésicules d'herpès. Il y a un peu d'asymétrie faciale. Toutefois la bouche n'est pas déviée, sauf quand le malade montre les dents.

La commissure gauche présente quelques petits mouvements convulsifs et il existe une sorte de tic dans le côté gauche de la face. La langue n'est pas déviée, la luette l'est énormément à droite. La déglutition, difficile dès les premiers jours s'effectue bien maintenant. La salivation, qui était abondante, est normale. L'œil ne peut se fermer complètement. L'ouïe est très affaiblie à gauche; une montre appliquée sur l'oreille est entendue un peu, mais à deux ou trois centimètres elle ne l'est plus.

Le goût est un peu plus altéré, car de l'acide salicylique, mis sur la moitié de la langue, n'est pas perçu.

État général bon.

15 février. — Le voile du palais n'est plus dévié, la douleur disparaît le soir, l'œil se ferme complètement avec un peu d'effort; l'ouïe revient un peu.

17 février. — Plus de douleurs, même à la pression. Il reste un peu de déviation de la bouche quand le malade montre ses dents.

20 février. — Il reste un peu de faiblesse lors de la fermeture de l'œil.

Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VI (GRASSMANN)

(Traduction inédite)

Une dame de quatre-vingt-un ans, très alerte, fut atteinte de cette affection.

Voici les antécédents dignes de remarque :

A quinze ans, la patiente eut une pneumonie ; plus tard on soupçonne la tuberculose ; il y a quinze ans, grave infection par la véraltrine, à la suite de l'application inappropriée d'un onguent fabriqué avec cette substance dans le but de combattre des douleurs ressenties au bras gauche.

La maladie qui fait l'objet de cette description commença dans les dix premiers jours de février 1897 par des douleurs dans l'épaule droite, dans la région droite du cou et à la nuque. On applique sur l'épaule un papier dit « contre les douleurs ». Durant cette application, les douleurs continuent depuis le 13 février jusqu'à l'apparition de petites nodosités qui se transformèrent bientôt en vésicules d'abord isolées et situées sur des points cutanés hyperhémiques et saillants par rapport à la peau saine environnante. Jusqu'au 16 février les vésicules se développent sur une plus large étendue ; elles se groupent d'une façon régulière ; les parties cutanées sur lesquelles elles reposent se gonflent. Ces vésicules ont un contenu séreux, en partie aussi hémorragique : elles se rompent et se recouvrent de croûtes.

Vers la même époque, à la partie antéro-inférieure de la joue droite, jusqu'à l'angle de la bouche, apparut une sorte d'œdème, une enflure de la peau, sans inflammation, sans rougeur et ne procurant aucune sensation de pesanteur. Puis, sous la lobule de l'oreille droite et en avant de lui se développe un groupe de vésicules étendu comme une pièce de trois marks environ.

Au terme de son évolution, l'exanthème herpétique couvrait les parties suivantes : en avant : la fosse sus-claviculaire, la

région droite du cou jusqu'à la ligne médiane, la surface interne de la conque; — en arrière : la fosse sus-scapulaire et la nuque jusqu'au *ligamentum nuchæ*. Des diverticules s'étendaient en avant jusqu'au deuxième espace intercostal et jusqu'à l'acromion; en arrière, sur l'épine de l'omoplate. Sur la moitié droite du cuir chevelu, il y avait un exanthème isolé, couvert de croûtes (note : aucune vésicule ne s'était développée sur les muqueuses de la bouche et de la langue). — En avant des vésicules, dans le conduit auriculaire externe, l'oreille droite présentait une enflure considérable avec rougeur, comme dans l'érysipèle. Dans la région de l'omoplate et de la nuque, la confluence des aéroles hyperhémiques avait aussi formé, par places, une sorte d'inflammation érysipélateuse de la peau, qui s'étendait en haut jusqu'au cuir chevelu et gagnait même le sommet de la tête. Il en résultait, du côté droit, une sensation de pesanteur.

Comme phénomènes subjectifs à cette époque, de vives douleurs dans les limites de l'herpès, des céphalées, des *vertiges*, des troubles de l'appétit, de légères manifestations fébriles.

Le 24 février, les branches inférieures du facial sont complètement paralysées; la paralysie de la branche frontale existait déjà quelques jours auparavant. Le visage est alors fortement dévié à gauche; la commissure des lèvres est affaissée à droite; la salive s'écoule; les rides du visage sont flasques et tombent à droite; la région sourcilière droite se creuse; l'œil reste ouvert; il y a une violente conjonctivite; la langue est déviée à gauche; les sensations gustatives sont altérées; le palais est intact; la luette se tient droite.

Au 1^{er} mars, l'herpès est en grande partie guéri; il disparaît sous les croûtes, çà et là d'abord; puis, plus tard, dans les endroits où des groupes vésiculaires s'étaient constitués surtout en avant de l'oreille droite et sur la moitié supérieure de la tête, la cicatrisation de la peau s'effectue. L'enflure de l'oreille diminue. Sur la moitié antérieure de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, cependant l'œdème ne s'est pas modifié; il forme un pli épais et affaissé. Sur la moitié droite de la

langue, en avant, l'aigre et le salé sont sentis comme « fades ». Le bruit obtenu en frottant une petite touffe de cheveux est entendu *par l'oreille droite en avant et en arrière*, mais beaucoup plus faiblement que par l'oreille gauche.

6 mars. — Un courant faradique intense est perçu avec assez de précision, quoique très faiblement, dans les limites de l'herpès ; il n'est pas du tout senti sur la conque de l'oreille droite, ni au cou dans la région qui répond approximativement au *Platysma myoïdes*, ni dans la partie inférieure de la joue.

10 mars. — Des douleurs persistent dans la région herpétique. La paralysie faciale s'atténue ; l'œil peut se fermer. Il y a des rides légères à la région frontale droite. Le goût s'améliore. La joue droite est comme bouffie ; la peau en est pâle. Un courant faradique est mieux perçu dans la majeure partie du domaine de l'herpès. La conque de l'oreille est complètement insensible au pinceau faradique de même que le foyer d'éruption herpétique, pourtant guéri, situé en avant du lobule de l'oreille.

13 mars. — Le frottement d'une touffe de cheveux est soi-disant perçu faiblement par l'oreille droite et dans ses environs. Il y a amélioration graduelle de la fonction du facial ; il y a, en particulier, une bonne réaction par des mouvements mimiques.

L'œdème diminue. Les douleurs sont particulièrement vives aux endroits où la sensibilité tactile est affaiblie. Elles se manifestent surtout à la moitié droite du cuir chevelu, lorsque la malade est couchée.

18 mars. — *Il y a des bourdonnements et des illusions auditives* dans l'oreille droite. Des croûtes et des membranes épidermiques s'échappent du conduit auriculaire. La membrane du tympan est injectée. Les illusions auditives disparaissent ; *les bourdonnements continuent*. En ce qui concerne la paralysie faciale, il y a encore une légère parésie du muscle frontal et de l'orbiculaire des lèvres. Contre les douleurs qui persistent on emploie l'antipyrine et la phénacétine combinées avec de petites doses de morphine ; le soulagement qui en

résulte est très léger. Les douleurs se manifestent quotidiennement par des crises de plusieurs heures et de grande intensité. Dans les intervalles, il se produit des sensations de brûlure à l'épaule et au cou. Le sommeil et la santé générale sont profondément troublés; la nutrition s'affaiblit. Il y a des périodes où la douleur est plus faible et pendant lesquelles la conque de l'oreille est émoussée dans sa sensibilité; il se produit comme « une sensation de lourdeur ». Un courant constant et intense (quinze éléments, cathode) agissant sur la peau située derrière l'oreille n'entraîne pas de douleur.

Fin mars. — La sensibilité cutanée pour les contacts légers est encore faible dans les parties avoisinantes de l'oreille, même à gauche; elle s'améliore cependant. L'œdème redevient plus fort à la joue. Les douleurs ne disparaissent pas sous l'influence de l'intervention électrique (anode) continuée même pendant des heures.

Mi-avril. — Les symptômes subjectifs ne sont pas modifiés. Un courant cathodique intense, le pinceau faradique sont bien perçus en avant de l'oreille et à la surface dorsale de la conque; ils le sont moins bien à la surface cervicale latérale correspondant à peu près aux deux tiers supérieurs du sterno-cléido-mastoïdien. La partie située le long de la mâchoire inférieure est épaissie et complètement insensible. L'intervention avec un pinceau faradique n'améliore pas cette anesthésie.

Au commencement de mai, la patiente se rend dans le Midi. Les douleurs sont alors permanentes dans la région droite du plexus cervical; elles sont quotidiennes, irrégulières, présentent des exacerbations. L'anesthésie dont il a été question plus haut n'est pas modifiée. Il y a affaiblissement de la sensibilité tactile au-dessous de l'oreille et au cou. L'épaississement de la peau à la joue droite est encore très manifeste. Une très légère paralysie faciale persiste à la commissure droite des lèvres.

La malade était allée jusqu'à Venise, accompagnée seulement

de son mari âgée de plus de quatre-vingt-onze ans. Je la vis à son retour de voyage, au commencement de juillet. Elle a bonne mine; la nutrition générale est satisfaisante. L'état névralgique persiste. Toute la région qui avait été envahie par l'herpès est le siège de douleurs permanentes, procurant des sensations de brûlure et qui augmentent de temps en temps; elles acquièrent leur plus vive intensité le matin, au lever. L'épaississement de la peau à la joue droite a disparu. Il ne reste de la paralysie faciale qu'une trace très légère à la commissure des lèvres, d'où la salive s'écoule légèrement. La sensation produite en grattant avec intensité la partie de la joue qui était insensible auparavant est maintenant perçue; elle ne l'est pas, au contraire, sur la peau située au-dessous du lobule de l'oreille. Dans ces régions, les douleurs sont aussi fortes qu'autrefois, et la sensibilité purement tactile y est diminuée. La conque de l'oreille est sensible au contact, et le plus souvent, un contact léger engendre de vives douleurs. Les cicatrisations peu profondes du devant de l'oreille ont presque complètement disparu; celles qui sont situées au-dessous du lobule de l'oreille et à la région sont encore très visibles.

Les bourdonnements persistent dans l'oreille droite, sans être cependant trop gênants.

Une recherche sur la façon dont se comportaient sous l'influence électrique les muscles envahis par la paralysie faciale n'a pas pu être faite pour des raisons extérieures.

Les observations de ces auteurs présentent avec la nôtre plusieurs points communs :

1° Par la multiplicité des territoires intéressés par le zona;

2° Par les troubles sensitifs ou moteurs ayant intéressé à la fois trois nerfs craniens différents : facial, trijumeau, auditif;

3° Par la complexité des phénomènes observés du côté de l'audition (réaction paradoxale dans le cas de Woigt, diminution de l'acuité auditive et vertiges dans l'observation de Hammerschagl), troubles qui n'ont été accompagnés d'aucune lésion apparente du côté du tympan, de l'oreille moyenne et du rocher.

D'autre part, ces cas diffèrent de celui que nous rapportons par quelques détails dont la constatation nous sera utile lorsque nous aurons à envisager l'étude de la pathogénie :

1° Différence apparente, au. moins, des conditions étiologiques ;

Tandis que dans les antécédents héréditaires et personnels de notre sujet, nous n'avons pu relever aucune tare ni aucun incident morbide pouvant expliquer l'apparition du zona et de ses complications, Woigt reconnaît pour cause de l'éruption le refroidissement alors qu'Hammer-schlag insiste sur le tempérament arthritique et névropathique de son malade ;

2° L'absence dans le cas que nous rapportons de troubles de la sensibilité gustative signalés dans ces deux auteurs.

Si nous avons insisté un peu longuement sur ce rapprochement entre notre observation personnelle et les observations de Woigt, Hammerschlag, Kaufmann, etc., c'est surtout en raison des hypothèses que ces auteurs ont émises au sujet de la pathogénie du zona accompagné de lésions multiples des nerfs craniens. Le moment est venu d'envisager la question de l'étiologie et de la pathogénie de cette affection.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Avant d'aborder l'étude des différentes théories étiologiques et pathogéniques du zona, puisque nous venons de citer les travaux de Woigt et Hammerschlag, nous donnerons le résumé des conclusions proposées par ces auteurs. Plus tard, nous nous permettrons d'exposer notre avis personnel.

Woigt admet pour expliquer les complications de paralysie faciale et de troubles de l'ouïe :

Une affection de nerfs voisins les uns des autres, quoique agissant différemment dans une même région du visage, de la nuque et du cou, et il rapporte cette affection à un refroidissement. Il ajoute que le zoster n'est pas nécessairement lié à une lésion des ganglions spinaux.

Hammerschlag, cherchant à expliquer les complications auditives, croit à une altération du nerf acoustique dans son trajet d'origine, il estime également que le refroidissement a été la cause de cette lésion dont il fait *une paralysie rhumatismale des trois nerfs craniens*. Il

compare cette affection à la surdité rhumatismale de Buig. Ce même auteur nous rapporte l'opinion de Franklin-Horwartz qui paraît avoir quelque autorité en la matière et qui attribue les lésions de ce genre à ce fait que le *facial* contient quelques fibres sensitives et vasomotrices.

Mais plus tard, modifiant sa première façon de voir, il admet que dans ces cas, il s'agit simplement d'une lésion rhumatismale de la cinquième paire.

En terminant, Hammerschlag se demande si l'éruption d'herpès au pavillon de l'oreille doit se rapporter à une paralysie du facial ou à une affection du trijumeau.

Somme toute, ces auteurs paraissent peu fixés sur la nature et la pathogénie des paralysies des nerfs craniens d'origine zostérienne. Tour à tour ils invoquent le refroidissement, la diathèse rhumatismale ; après avoir incriminé une cause banale, le froid, ils paraissent vouloir invoquer l'intervention d'agents pathogènes lorsqu'ils parlent de rhumatismes, et par ce fait déjà, ils laissent entrevoir, à leur corps défendant, la possibilité d'une origine infectieuse.

Après avoir donné l'opinion de Hammerschlag, Kaufmann et Woigt, opinion émise à l'occasion d'observations qui se lient à la nôtre par les liens d'une parenté très étroite, et avant d'émettre notre avis personnel, nous croyons devoir faire un court exposé des diverses opinions déjà émises.

Toutes ont été publiées à l'occasion de paralysies faciales compliquant le zona. Inutile d'ajouter qu'elles s'appliqueraient aussi bien aux paralysies multiples des nerfs

eraniens; cette dernière variété confirmant du reste la plus admissible d'entre elles : *la théorie infectieuse*.

Quatre théories ont été émises :

- 1° Théorie réflexe;
- 2° Théorie de la propagation;
- 3° Théorie de l'œdème;
- 4° Théorie zostérienne ou infectieuse.

La théorie réflexe a servi surtout à expliquer l'amblyopie et l'altération de la papille consécutives au zona de la première branche de trijumeau. Letulle s'en est fait un des défenseurs les plus acharnés. L'irritation zostérienne d'une branche sensible, le trijumeau, pourrait, par action sur les centres nerveux, déterminer la paralysie d'un nerf moteur du même territoire d'innervation : le facial, par exemple. MM. Klippel et Aynaud réfutant cette théorie, disent que l'explication devient peu satisfaisante *lorsqu'on constate que la paralysie faciale du zona peut être un phénomène à distance, une paralysie aberrante*, comme cela avait lieu cinq fois sur dix-sept dans les observations qu'ils avaient réunies.

Ces auteurs font allusion à des cas de zona intercostal et cervical compliqués de paralysie faciale. Ils ne parlent pas de lésions de nerfs multiples accompagnant des éruptions zostériennes multiples elles-mêmes comme dans les cas que nous en rapportons; aberrance et multiplicité des lésions paraissent bien mieux établies encore par notre observation personnelle et par celles d'Hammerschlag, Strubing, etc.

Que la théorie de M. Letulle puisse s'appliquer à certains cas particuliers et fort exceptionnels du reste, nous

l'admettons : ne savons-nous pas, en effet, qu'une lésion périphérique siégeant au niveau des articulations peut entraîner des amyotrophies consécutives : les lésions de la périphérie retentissent presque toujours, ne fût-ce que d'une manière superficielle, sur les éléments centraux. Mais lorsqu'il s'agit de lésions multiples, de complications aberrantes, on est obligé de mettre en doute les assertions de l'éminent anatomo-pathologiste.

La *théorie de la propagation*, dans les cas particuliers que nous considérons, n'est pas plus soutenable que la précédente. Il y aurait deux variétés de propagation. Dans la première, il s'agirait d'une névrite ascendante intra-cérébrale; la lésion du nerf périphérique, par névrite ascendante, se transmettrait jusqu'aux centres encéphaliques d'où elle se réfléchirait de proche en proche par extension centrifuge sur les filets d'un autre nerf. La deuxième variété consisterait en névrites propagées de nerf à nerf. Cette deuxième théorie a été inspirée à Sulzer par la grande fréquence relative de la paralysie faciale dans le zona occipito-collaris; la propagation se ferait alors par l'anse anastomotique qui existe entre la branche auriculaire du plexus cervical et le nerf facial. Mais, ainsi que le font remarquer Klippel et Aynaud, cette théorie est loin d'expliquer l'étendue des paralysies, leur apparition qui est parfois très rapide au cours du zona; enfin et comme cela a lieu dans les cas que nous publions, la possibilité de cette complication avec la participation de territoires où les anastomoses n'existent plus.

MM. Klippel et Aynaud font observer également qu'il est des complications oculaires qui sont bilatérales avec un zona d'un seul côté; ils ont rapporté eux-mêmes.

l'exemple d'une diplégie faciale au cours d'un zona unilatéral de la langue.

La *théorie de l'œdème*, est basée sur ce fait que le zona s'accompagne de troubles vaso-moteurs indiscutables. Dans quelques cas, la tuméfaction de la face, surtout dans les points où le tissu conjonctif est lâche, comme aux paupières, était telle qu'on est allé jusqu'à croire à la présence d'un érysipèle. Les troubles vaso-moteurs accusés par l'infiltration des tissus dépassent même le territoire des vésicules et des névralgies. On s'est demandé si une infiltration profonde de la gaine des nerfs moteurs et du tissu conjonctif des muscles n'est pas l'origine des paralysies neuro-musculaires du zona. L'altération des nerfs et des muscles œdématiés qui dégénèrent a été démontrée déjà dans la phlegmasie et les œdèmes chroniques (Altérations des nerfs dans la phlegmasie, etc. *Archiv. Génér. de Méd.* 1889, Klippel). Mais il est à observer d'une part, que les paralysies ne sont pas, au point de vue de leur gravité, en raison directe du degré d'infiltration des tissus, d'autre part que la systématisation de la paralysie faciale ne coïncide pas avec la distribution topographique de l'œdème.

La théorie vaso-motrice est également intervenue dans l'explication de l'éruption zostérienne. Elle paraissait assez naturelle : le zona est évidemment une affection cutanée due à un trouble trophique. Les phénomènes vaso-moteurs jouent un certain rôle dans la nutrition ; certains auteurs ont même vu là la condition capitale de la trophicité et ceux-là, confiants en leurs croyances, semblaient avoir quelques droits à considérer les troubles vaso-moteurs comme la cause première de certaines affec-

tions cutanées. Mais il ne nous est pas permis d'ignorer que le rôle de la circulation est tout à fait secondaire dans le phénomène de la nutrition. La circulation amène à la cellule ses éléments nutritifs, son rôle est subordonné à des actes plus complexes dévolus au système nerveux. Nous aurons à revenir bientôt sur ce rôle du système nerveux dans les troubles trophiques de la peau.

D'après Klippel et Aynaud, la formule de la *théorie infectieuse* serait la suivante : « Le zoster qui frappe un nerf sensible frappe en même temps un nerf moteur qui dans le cas particulier serait un nerf crânien. » Ils ajoutent : « Si le zoster est une infection à détermination nerveuse, cette infection peut dans certains cas être en action sur deux branches nerveuses, dont l'une est *sensitive* et l'autre *motrice*, ou sur deux centres nerveux si l'on admet de préférence l'origine centrale du zona. *Ainsi interprétée, la paralysie faciale ne devient plus une simple complication du zona; elle est le zona lui-même en action sur le nerf facial ou sur son centre.* (Klippel et Aynaud.)

Cette théorie est évidemment la plus vraisemblable; elle a l'avantage d'échapper aux objections que nous avons déjà formulées, surtout à celle de l'aberrance des paralysies des nerfs crâniens. MM. Klippel et Aynaud font remarquer eux-mêmes que les localisations multiples du zona sont *beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait cru à en juger par les descriptions des anciens auteurs* : « Loin d'être toujours localisé à une branche nerveuse ou à un territoire nerveux parfaitement circonscrit, le zona en dépasse assez souvent les limites et cela, dans l'ensemble de ses manifestations. » Ces auteurs évidemment ne pouvaient mieux dire et pourtant, pour étayer la base de

leurs assertions. ils ne s'appuyaient guère que sur des faits qui sont loin d'être aussi complexes au point de vue de la multiplicité des manifestations morbides que ceux que nous présentons. Ils envisageaient simplement des cas de zona compliqué seulement de paralysie du tronc trifacial. Qu'eussent-ils dit alors s'ils s'étaient appliqués à l'étude de zonas multiples compliqués de lésions nerveuses multiples elles-mêmes? C'est surtout en cela que nous ont paru intéressantes les observations que nous avons été assez heureux de recueillir, soit personnellement, soit au secours de nos recherches bibliographiques. Et, déjà, avant d'exposer les raisons qui nous font admettre, jusqu'à plus amples informations, la valeur incontestable de la théorie zostérienne dont les auteurs que nous venons de citer se sont faits les défenseurs, nous permettons-nous une timide critique. Ils nous parlent du zoster qui frappe un nerf sensible et qui, en même temps, peut frapper un nerf moteur; que veulent-ils dire par là? Dans leur idée, cette lésion purement trophique de la peau présentant tous les aspects de l'éruption herpétique nécessiterait une lésion (névrite très probablement) de nerfs sensitifs. En cela, ils sont d'accord évidemment avec la plupart des auteurs. Dans les cas particuliers qu'ils ont envisagés, ce qui les aurait amenés à admettre cette pathogénie serait, à n'en pas douter, la distribution topographique du zona intéressant presque toujours le territoire innervé par des nerfs sensitifs et principalement les points d'émergence de ces différents nerfs. Il est admis que le maximum de confluence de l'éruption herpétique intéresse plus particulièrement le trajet des branches sensitives du trijumeau à la face. La même observation a

été faite depuis fort longtemps en ce qui concerne la topographie du zona thoracique. Ce qui est absolument faux du reste, puisque bien des auteurs ont fait remarquer que dans le zona thoracique l'éruption ne suivait pas précisément le trajet des nerfs intercostaux. C'est une constatation que nous avons tenu à mettre en évidence parce qu'elle va nous servir à prouver que les lésions trophiques cutanées ne sauraient être mises sur le compte des lésions des nerfs sensitifs ou moteurs.

Mais avant d'aller plus loin, nous devons dire que nous admettons pleinement les objections faites aux différentes théories par MM. Klippel et Aynaud : « *Vésicules, douleurs, anesthésie, personne ne songera à les rapporter à une autre cause qu'à l'action de la maladie zostérienne sur des régions plus ou moins distantes du foyer principal du zona. Il nous semble que ses déterminations possibles sur le nerf facial peuvent être interprétées de la même manière.* » (Klippel et Aynaud.)

Évidemment, nous ne voudrions rejeter l'influence du froid dans l'étiologie du zona, pas plus qu'il ne conviendrait de la contester dans la plupart des maladies infectieuses ; mais nous pensons que le froid n'est qu'une cause banale purement occasionnelle, contribuant à affaiblir la résistance de l'organisme tout en mettant dans des conditions exceptionnelles de virulence l'agent pathogène qui est la cause primordiale, efficiente. Lorsqu'il s'agit de la pathogénie, il est bon de se rapporter à l'observation clinique mais, des faits saillants qui en relèvent, il serait imprudent de faire un criterium. Somme toute, tous ceux qui ont soutenu la « théorie du froid » n'ont pu présenter des arguments ayant plus de valeur que ceux que nous

relevons dans une discussion accompagnant une observation de Raymond : « *Avant de vous faire connaître les résultats de l'examen dont la malade a fait l'objet ici, je tiens à relever un dernier détail d'ordre étiologique. Il est relatif à l'intervention possible de l'élément a frigore. Pendant son séjour en Bourgogne, cette femme couchait dans une chambre dont la fenêtre avait un carreau cassé.* » (Voir à la suite l'observation.)

Qui ne pourrait trouver dans les antécédents personnels rapprochés des typhiques, des scarlatineux, des rhumatisants, etc., l'influence du froid, du surmenage intellectuel ou physique, l'humidité, etc. ? Nous estimons que les expériences de laboratoire, les considérations anatomiques, les hypothèses physiologiques doivent venir à l'appui de l'observation clinique à titre de confirmation ou à son encontre pour en contrôler ou en réfuter la valeur.

Au même titre (comme cause occasionnelle), nous n'oserons mettre en doute l'influence du terrain névropathique admise pour le zona par Letulle et par Charcot pour la paralysie faciale; mais considérant la cause comme purement efficiente, nous serons naturellement portés à admettre l'origine infectieuse du zona, doctrine admise par Landouzy pour le zona, et Despaignes pour la paralysie de la face.

En dehors de la multiplicité des lésions des territoires intéressés, avec Klippel et Aynaud, nous mettrons en évidence cet autre argument *que les trois éléments que comporte la maladie (névralgie, zona éruptif, paralysie) peuvent être dissociés en des formes plus ou moins frustes et peuvent se montrer isolés ou diversement combinés sans cesser d'être la même affection.*

Que d'arguments ne pouvons-nous citer en faveur de la théorie infectieuse. D'abord, en dehors de l'aberrance des paralysies faciales, nous avons la ressemblance des paralysies multiples post-zostériennes des nerfs craniens avec les paralysies *a frigore* qui, elles-mêmes, présentent les caractères des paralysies infectieuses en général (paralysies du saturnisme, de la diphtérie, de la scarlatine, etc.). De même que ces paralysies de nature infectieuse touchent des troncs nerveux isolés et multiples (paralyse du voile du palais dans la diphtérie, paralysie radiale du saturnisme, etc.) et présentent tous les caractères des paralysies périphériques, de même les paralysies faciales ou les lésions des autres nerfs craniens qui accompagnent le zona peuvent intéresser superficiellement des troncs isolés et multiples.

L'infection zostérienne agissant comme certains poisons ou toxines, bien que susceptible de s'attaquer à différents troncs nerveux quelconques, semble avoir ses organes de prédilection : facial, acoustique, si nous nous en rapportons seulement à nos observations.

Ne peut-on comparer cette action morbide à celle de certains toxiques qui intéressent plus particulièrement certains nerfs. L'aconitine porte de préférence ses effets sur le trijumeau, le saturnisme donne lieu plus volontiers à des paralysies radiales, les névralgies des trois points d'émergence du trijumeau sont également la caractéristique de l'infection paludique.

Ces constatations se passent de commentaires.

Certains auteurs tels que Strübing, qui admettent l'origine *a frigore*, en ont été amenés à se demander s'il n'y avait pas quelque analogie entre ces éruptions zostériennes et le rhumatisme.

Cette notion de l'origine infectieuse du zona ne date pas d'aujourd'hui ; les anciens auteurs insistaient beaucoup sur l'analogie du zona et de l'érysipèle vésiculaire et l'action directe des agents infectieux sur le tronc du facial a été déjà invoquée pour expliquer l'apparition de la paralysie faciale syphilitique précoce (1).

Roche, dès 1877 (2), s'appuyant sur : 1° la disposition limitée de l'éruption zostérienne et sa tendance à la guérison spontanée ; 2° l'occurrence constante de prodromes plus ou moins marqués ; 3° la non-récidive habituelle ; 4° l'impuissance de la médication abortive ; 5° le caractère quasi épidémique en certains cas, avait reconnu qu'au delà de la lésion nerveuse, il fallait chercher un « *élément infectieux circulant dans le sang.* » Nous lisons dans le dictionnaire encyclopédique (Dechambre) : « Les divers arguments, régularité cyclique du zona, avec fièvre précédant et accompagnant l'éruption, coïncidence quasi épidémique de plusieurs faits de zona, contagion probable dans certains cas, non-récidive du zona, procurant ainsi aux personnes atteintes une immunité contre une nouvelle invasion, immunité analogue à celle de certaines maladies infectieuses spécifiques, telles que fièvres éruptives, oreillons, coqueluche, permettent à Landouzy de ranger le zona dans la classe des maladies générales, opinion déjà soutenue par Borsieri. »

Et puisque nous parlons d'épidémicité et d'influence climaterique, nous ferons observer la coïncidence des

(1) DARGAUD. — *De la paralysie faciale dans la période secondaire de la syphilis.* (Th. de Paris).

(2) ROCHE. — *Arch. of Dermat.* 1877.

épidémies zostériennes avec les épidémies de grippe. Rien ne prouve que l'herpès phlycténoïde ne soit une variété de zona ; or, nous savons que beaucoup de crises grippales débutent par l'herpès labial ou l'angine herpétique.

Rapprochant cette constatation de l'observation des anciens qui comparaient le zona à l'érysipèle, nous nous demanderons très timidement s'il ne s'agit pas d'un même agent, le *streptocoque*, agissant dans des conditions différentes avec un degré variable de virulence sur un terrain lui-même variable au point de vue des prédispositions nerveuses.

C'est une simple hypothèse que nous émettons, hypothèse qui demanderait pour s'étayer l'appui solide des résultats certains des recherches bactériologiques.

Mais il ne nous suffit pas de savoir quelle est la cause première du zona ; nous devons encore nous demander, si infection il y a, sur quels organes agit l'agent pathogène pour donner lieu à la lésion trophique.

C'est un sujet vraiment épiqueux que nous aborderions là si nous avions la prétention de le traiter à fond.

Il est indiscutable que l'infection entraîne des lésions nerveuses, centrales ou périphériques qui amènent quelques troubles dans la nutrition de la peau ; mais, à bien considérer toutes les hypothèses émises sur le siège de ces troubles, nous nous permettrons de faire remarquer que tous les physiologistes qui en sont les auteurs nous paraissent avoir fait fausse route. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la théorie vaso-motrice ; n'insistons pas davantage sur la théorie des nerfs trophiques, qui parut être le triomphe de Barénsprung et qui fut si vivement repoussée par Charcot à une époque où l'on

émettait sur la nature de la trophicité des idées aussi variées que fantastiques.

Plus prudent que Barenprung, Charcot se contentait de dire : « Le système des nerfs trophiques n'a encore qu'une existence problématique, personne n'a vu ces nerfs, force est de regarder cette théorie comme purement imaginaire. »

Ceux qui ne pouvaient admettre l'existence de nerfs trophiques proprement dits se sont naturellement rabattus sur l'action trophique soit des nerfs sensitifs, soit des nerfs moteurs.

M. le professeur Mayet de Lyon (1868) s'est fait le défenseur de l'action trophique des nerfs sensitifs.

Le rôle des ganglions spinaux devint prédominant et le zona fut considéré comme *le cachet extérieur de l'irritation ganglionnaire*.

Combien inutile et naïve cette constante préoccupation des différents auteurs de rechercher, pour l'explication du zona ou des troubles nutritifs en général, les fonctions trophiques de telle ou telle variété de nerfs !

Pas plus que dans les ganglions spinaux, dans les nerfs sensitifs ou dans les nerfs moteurs il ne faut chercher la source de la trophicité cutanée.

Ne savons-nous pas en effet que, comparable au phénomène de la nutrition qui en dérive, la trophicité n'est que l'effet du rapport constant qui doit exister entre la somme des incitations sensitives destinées à renseigner les centres sur l'état et les besoins de la cellule et l'intensité proportionnelle des incitations motrices destinées à donner à cette cellule une motilité en rapport avec ses besoins.

Dès que cet équilibre est détruit, soit que les incitations

sensitives sont incomplètement transmises, soit que la réaction motrice qui en dérive est trop forte ou trop faible, l'activité nutritive du protoplasma se trouve diminuée d'autant, et la cellule dégénère.

On peut admettre que la trophicité est une des formes de l'activité protoplasmique.

Dans son admirable travail publié dans la *Revue Scientifique*, M. le professeur Morat nous a démontré que la trophicité était un phénomène plus complexe qu'on n'avait pu le supposer et qui dépendait de facteurs multiples.

Nous savons bien que l'on peut nous faire l'objection suivante en ce qui concerne les troubles trophiques cutanés : « Il faudrait admettre, pour se rapporter à votre hypothèse, l'existence de nerfs moteurs se rendant à la peau. »

Nous avons prévu l'objection, ou plutôt depuis bien longtemps elle était prévue pour nous. Depuis 1896, dans son travail sur le système nerveux et la nutrition, M. le professeur Morat, notre vénéré maître de la Faculté de Lyon, se demandait déjà s'il n'existait pas des nerfs moteurs particuliers à la peau.

S'élevant contre cet axiome généralement admis que la peau ne doit point recevoir de nerfs centrifuges parce qu'on considérerait son action propre comme uniquement affectée à l'exercice de la sensibilité, il nous a dit : « Pourquoi la peau n'aurait-elle pas un nerf centrifuge? Quelle fin de non-recevoir peut-on opposer à l'existence de nerfs cutanés centrifuges; n'est-il pas même beaucoup plus probable qu'ils existent réellement? La peau se compose du derme ou chorion cutané et de l'épiderme.

Dans le derme de beaucoup d'animaux existent des éléments contractiles pourvus de pigments (chromatophores) qui sont manifestement sous la dépendance des nerfs moteurs. Ces cellules qui sont une variété de celles appartenant au tissu conjonctif doivent nous faire nous demander si, d'une façon générale, toutes les cellules fixes de ce tissu ne sont pas en puissance de nerfs. » (Morat, déjà cité.)

Le savant professeur en 1896 ne pensait pas aussi bien dire. Ses travaux ultérieurs ont apporté la preuve la plus évidente du bien fondé de ses premières suppositions.

On a démontré (1) histologiquement l'existence des fibres centrifuges émanant des racines postérieures et suivant le trajet des nerfs sensitifs ou moteurs.

Ces fibres émanent des prolongements des cellules des cornes postérieures de la moelle et aboutissant directement à la peau sans s'arrêter dans les cellules ganglionnaires, tandis que les filets centripètes qui aboutissent aux cornes postérieures naissent des prolongements des cellules ganglionnaires.

M. le professeur Morat a démontré que l'irritation de ces fibres *centrifuges* suivant le trajet des nerfs sensitifs est accompagnée de troubles trophiques cutanés et de *troubles vaso-moteurs*. Cette dernière constatation établit surabondamment le rôle *centrifuge* de ces fibres nerveuses.

Il est aisé de comprendre que l'irritation de l'une de ces fibres peut entraîner des lésions trophiques de la peau et, dès lors, on voit combien il était téméraire d'incrimi-

(1) Voir la thèse de M. le Dr Bonne (Lyon 1899).

ner pour expliquer les éruptions cutanées du zona tel ou tel nerf sensitif ou moteur.

La découverte de ces nerfs nous servira également à expliquer l'inconstance des douleurs dans les éruptions zostériennes.

On conçoit facilement, dès lors, que si le zona est dû à l'altération d'un nerf moteur renfermant quelques fibres cutanées directes, aucun rameau sensitif ne peut être intéressé.

Nous avons relevé trois observations de cette nature. (Lannois, Letulle, Raymond).

OBSERVATION VII (M. LETULLE)

Paralysie faciale gauche. — Fièvre herpétique; herpès du conduit auditif externe. — Névralgie du trijumeau gauche. — Guérison rapide de la paralysie motrice. — Hyperesthésie faradique tardive.

Le nommé X..., ouvrier tailleur âgé de trente ans. Le 8 octobre 1881, à 10 heures précises du matin, cet homme s'aperçoit tout à coup, en travaillant, que la moitié gauche de sa face s'immobilise progressivement et qu'il ne peut pas fermer les paupières. De plus, les mouvements de la mâchoire sont douloureux. Le matin, en se réveillant, il n'avait constaté rien d'insolite, il se rappelle seulement que la nuit précédente il avait été atteint de diarrhée à plusieurs reprises, mais il ne se souvient pas d'avoir eu froid.

Le surlendemain, nous voyons le malade pour la première fois. Il existe une paralysie faciale gauche légère, sauf pour l'orbiculaire palpébral qui est presque absolument immobile. La contractilité faradique est parfaitement conservée, elle est égale d'un côté à l'autre; le voile du palais est intact, *il n'existe aucune douleur dans la face.*

Le quatrième jour, même état.

Le cinquième jour, 12 octobre, des changements considérables se sont produits. Le malade a été pris dans la nuit d'un violent accès de fièvre avec céphalalgie, frissons répétés, vomissements. Nous le trouvons porteur d'un herpès labialis bilatéral, très confluent. Il se plaint de douleurs sourdes et lancinantes occupant toute la face du côté gauche.

La pression, même légère, éveille des douleurs intenses au niveau des points de Valleix, et en particulier pour les points sus et sous-orbitaires, naso-lobaires, auriculo-temporal et enfin au niveau de la cavité même du conduit auditif externe gauche. Il est impossible, vu l'état général du sujet, d'examiner la contractilité faradique des muscles.

13 octobre. — Le malade n'a plus de fièvre, mais la paralysie a considérablement augmenté. Aucun des muscles de la face ne répond au courant faradique. La sensibilité tactile et la sensibilité électrique paraissent à peu près égales des deux côtés, mais spontanément le malade éprouve quelques douleurs dans la joue, dans l'œil et dans l'oreille gauches, cependant la pression sur les points de Valleix est très douloureuse.

L'herpès labialis se dessèche déjà.

15 octobre. — Les douleurs spontanées s'atténuent. On découvre dans le conduit auditif externe, sur le plancher, tout près de son orifice externe, un îlot de vésicules d'herpès desséché. Il est bon de noter que le conduit auditif demeure la région de la face la plus douloureuse à la pression.

Pendant cinq jours le même état d'inertie musculaire persiste, mais la paralysie n'augmente pas. Les douleurs spontanées disparaissent, les points de Valleix persistent.

Le 24 octobre, quatorzième jour de la maladie, le malade constate pour la première fois qu'il peut mâcher plus facilement.

Il a subi tous les jours depuis le 13 octobre une séance de faradisation légère et de courte durée.

Nous remarquons, pour la première fois, que la commissure

labiale gauche se soulève légèrement, au moment où l'on supprime le courant faradique, de même l'orbiculaire des paupières parvient à fermer presque complètement l'orifice palpébral lorsqu'on commande au malade de fermer les yeux.

Le 22 octobre. — Les mouvements de la commissure labiale gauche lors de la suppression du courant sont plus appréciables encore, et l'on peut démontrer qu'il s'agit d'une contraction du grand zygomatique.

Même état jusqu'au 25 octobre, où l'on constate qu'il existe toujours, en même temps qu'une sensibilité normale au simple contact, une hyperesthésie bien nette à la pression sur les points de Valleix.

Le 30 octobre. — Quelques légers mouvements dans les muscles frontaux et sourciliers, surtout appréciables au moment où l'on supprime le courant faradique et lorsque le rhéophore est appliqué sur le frontal.

A l'état de repos, la déviation de la face est de moins en moins accusée. Les paupières se ferment spontanément d'une manière presque complète et le grand zygomatique fonctionne assez bien.

Enfin, *le 1^{er} novembre*, vingt-quatrième jour de la maladie, le frontal répond bien mieux que la veille, le sourcilier, excité directement par un courant léger, déplace manifestement la tête du sourcil, et le muscle de la houppe du menton se contracte assez énergiquement lorsqu'un des excitateurs est appliqué sur lui.

Le 4 novembre. — Les progrès sont très remarquables, l'orbiculaire des paupières, l'orbiculaire des lèvres, le triangulaire se contractent très énergiquement et le pli naso-génien s'accuse quelque peu.

Le 6 novembre. — La sensibilité faradique paraît beaucoup moins vive du côté paralysé que du côté sain, quoique les divers autres modes de la sensibilité soient normaux. Il n'y a plus d'autres points de Valleix que le sous-orbitaire. On note un

certain degré d'hyperexcitabilité musculaire au choc (zygomatique, triangulaire, etc.).

Le malade, revu pendant plusieurs mois, fut considéré comme définitivement guéri.

OBSERVATION VIII (RAYMOND)

L'observation concerne une nommée E..., âgée de quarante et un ans, couturière.

La recherche de ses antécédents pathologiques héréditaires ne nous a rien révélé de bien intéressant. Jusqu'au début de la maladie actuelle, E... s'est toujours bien portée. Elle a donné le jour à trois enfants vivants et bien portants. En outre, elle a fait deux fausses couches qui se sont produites l'une et l'autre à une époque peu avancée de la grossesse. Il y a là de quoi éveiller dans notre esprit un soupçon d'infection syphilitique antécédente. Toutefois, dans les renseignements que nous avons pu recueillir dans le passé de cette femme, et dans les résultats de l'examen que nous lui avons fait subir, rien ne confirme ce soupçon. Jamais non plus la malade n'a eu quelque autre maladie infectieuse.

Le début des accidents remonte à un mois environ. A cette époque, E... se trouvait en visite chez des parents à Auxerre en compagnie de ses enfants. Pendant toute la durée de cette villégiature, et en particulier pendant les derniers jours, elle n'avait rien remarqué d'insolite dans l'état de sa santé; elle n'avait eu ni maux de tête, ni bourdonnements d'oreille, ni mal de gorge. Le matin du jour de son départ, elle était en train de déjeuner, lorsque, vers 11 heures, elle éprouva une gêne très prononcée à faire mouvoir le côté droit de la face. Cela ne l'empêcha pas de se mettre en route.

Pendant le trajet du chemin de fer, la gêne des mouvements du côté droit de la face augmenta très rapidement, au point que la malade éprouvait une grande difficulté à parler. Le soir, elle

avait le bord de la langue couvert d'une éruption de boutons. Le lendemain matin, le médecin, qu'elle avait fait venir, constata l'existence d'une éruption analogue sur le voile du palais; elle raconte qu'elle lui a entendu prononcer le mot de zona. Elle se rappelle pourtant que les boutons empiétaient un peu sur la moitié gauche du voile du palais et du bord libre de la langue.

Ils ont laissé, à leur suite, des ulcérations superficielles, qui ont mis un mois à disparaître. « Pendant près de trois semaines, nous a-t-elle dit, ma langue était à vif. »

Dès le deuxième jour qui a suivi l'éclosion de ces boutons, les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés, à droite; cet engorgement était douloureux, il a persisté pendant plus de quinze jours. A ce propos, il importe d'ajouter que le jour même de l'éruption une mouche de Milan avait été posée au-devant de l'oreille droite. On pourrait donc à la rigueur être tenté de mettre l'engorgement ganglionnaire sur le compte de la légère vésication qui s'est produite dans ces conditions; m'est avis qu'il est apparu consécutivement à l'éruption zostériforme.

En fait d'autres manifestations concomitantes, je note de l'anorexie et un état saburral de la langue, mais sans troubles gastro-intestinaux bien nets, sans vomissements ni diarrhée; il y avait, au contraire, de la constipation, état qui est habituel chez cette femme.

Je vous ai dit que dès le début de sa paralysie faciale, E... éprouvait une grande gêne pour parler. La difficulté n'était pas moins grande pour manger; les aliments introduits dans la bouche s'accumulaient entre les gencives et la joue, du côté droit. Au surplus, la déglutition s'effectuait normalement. En outre, E... s'était aperçue d'une légère *hyperacousie* à droite, *mais sans qu'elle eût de douleurs d'oreille proprement dites*. Par moments, elle ressentait quelques légers élancements douloureux dans le côté droit de la figure.

Le traitement qu'on lui a fait suivre à cette époque a consisté dans l'application d'une mouche de Milan au-devant de l'oreille droite; ainsi que je vous l'ai dit déjà, en lavages de la bouche avec de l'eau boriquée, en applications du courant faradique

sur le côté droit de la face, répétées tous les deux jours, en frictions avec l'alcoolat de Fioraventi, sur ce même côté, en purgations répétées; la dernière en date a été prise le 7 octobre.

Jusqu'alors, la paralysie faciale droite s'était maintenue stationnaire et rien de nouveau n'était survenu; le 7 octobre, sans cause apparente, le côté gauche de la face s'est paralysé à son tour. Par suite, la déviation des traits, en rapport avec l'hémiplégie faciale primitive, s'est effacée. Le visage est devenu immobile comme un masque. La difficulté pour parler a augmenté notablement.

Au bout de trois jours, les douleurs ont envahi le côté gauche de la face, principalement le front, la tempe, le devant de l'oreille, le bord libre du maxillaire inférieur. Elles affectaient le caractère lancinant; plus violentes la nuit que le jour, elles empêchaient la malade de dormir. C'est alors que cette femme s'est décidée à venir nous consulter à la Salpêtrière.

Avant de vous faire connaître les résultats de l'examen dont elle a fait l'objet ici, *je tiens à relever un dernier détail, d'ordre étiologique; il est relatif à l'intervention possible de l'élément a frigore.*

Pendant son séjour en Bourgogne, cette femme couchait dans une chambre dont la fenêtre avait un de ses carreaux cassés.

Toutefois il en était ainsi depuis le commencement de son séjour, et elle affirme qu'à aucun moment elle n'a ressenti l'impression du froid. Le détail que je vous signale méritait cependant d'être relevé. La malade a été examinée une première fois à la Salpêtrière par M. Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie, qui a constaté l'existence d'une paralysie faciale double des plus nettes. En raison du caractère diplégique de la paralysie, il n'y avait pas d'asymétrie du visage, ni au repos, ni quand la malade entr'ouvrait la bouche. Le visage était sans expression, comme figé. Toutes les rides, notamment celles du front, avaient disparu; je vous rappelle à ce propos qu'on a dit de la paralysie faciale double qu'elle était le

meilleur des cosmétiques. La malade ne pouvait clore ses paupières qu'incomplètement et moins à droite qu'à gauche. Il existait de l'épiphora, mais qui se manifestait seulement lorsque la malade exposait son visage à l'air.

Lorsqu'elle parlait, elle articulait mal les mots, par suite de la paralysie des lèvres ; elle se plaignait tout particulièrement de la gêne qu'elle éprouvait de ce côté.

Elle ne pouvait déployer qu'une force très minime en soufflant. Elle éprouvait aussi une certaine gêne à ouvrir la bouche, mais cela paraissait tenir surtout aux douleurs provoquées, au-devant et au-dessous de l'oreille, par les mouvements qui se passent dans l'articulation tempo-maxillaire, lors de l'écartement des mâchoires.

La propulsion en avant de la langue se faisait également avec difficulté, mais sans la moindre déviation de la pointe.

Les mouvements de la luette et du voile du palais s'exécutaient normalement ; il n'y avait pas non plus de troubles du deuxième temps de la déglutition.

L'acuité auditive était intacte des deux côtés ; à droite, il y avait encore un peu d'hyperacousie pour les bruits tant soit peu violents, mais à cet égard on notait déjà une amélioration manifeste. La malade se plaignait d'une certaine gêne de la respiration, qui paraissait tenir à la flaccidité des ailes du nez.

En fait de troubles sensitifs, la malade accusait une sensation d'engourdissement au niveau de la pointe de la langue, et un émoussement de la sensibilité gustative. Elle racontait, par exemple, qu'ayant introduit un bonbon dans sa bouche, la veille, elle n'en avait perçu le goût sucré qu'à quelques centimètres de la pointe.

L'examen de la sensibilité de la face a donné lieu aux constatations suivantes : des deux côtés, la sensibilité objective était normale ; la malade se plaignait de ressentir des élancements douloureux au niveau de l'angle de la mâchoire, de chaque côté ; à ce niveau, la pression était légèrement douloureuse.

L'examen électrique a révélé un degré assez prononcé de R. D. à droite. De ce côté, l'excitation du nerf facial, de ses branches et des muscles qu'elles innervent, pratiquée avec des courants aussi forts que la malade pouvait les supporter (90 centimètres d'écartement des bobines) ne provoquait pas de contractions ; avec ces mêmes intensités de courant, on obtenait de fortes contractions du temporal au masseter. Au contraire, l'excitabilité galvanique des muscles innervés par le facial, à droite, était exagérée ; les premières contractions étaient obtenues avec des intensités de courant comprises entre un demi et un m. a. ; elles étaient extrêmement torpides et N. E. C. était L. P. F. C.

À gauche l'excitabilité faradique des muscles de la face était bien conservée ; leur excitabilité galvanique était normale au point de vue qualificatif et au point de vue quantitatif. Il y a lieu de faire remarquer qu'à l'époque où fut pratiqué ce premier examen électrique, la paralysie faciale, à gauche, ne datait que de six jours ; on ne pouvait donc se prononcer sur l'absence de R. D. N'empêche que la conservation des réactions électriques de ce côté autorisait à prédire que la paralysie faciale serait légère, à gauche.

L'évolution ultérieure du cas a confirmé cette prédiction. Le 24 octobre, c'est-à-dire quinze jours après le début de la paralysie faciale gauche, M. Huet a constaté que de ce côté l'excitabilité galvanique et faradique du facial et des muscles qu'il innerve ne s'était pas modifiée sensiblement, sauf que dans l'élévateur commun et dans le frontal, P. F. C. se rapprochait davantage de N. F. C. Cependant, les contractions musculaires étaient assez vives ; et l'excitabilité galvanique n'était pas exagérée.

Bref, à cette date, pas plus qu'avant, il n'y avait de R. D. à gauche. Aussi bien, de ce côté, la paralysie s'était un peu amendée ; la tonicité des muscles était en voie de relèvement. La malade parlait avec moins de difficulté, elle parvenait à effectuer l'occlusion presque complète des paupières, à gauche. Toutes les prévisions étaient donc en faveur d'une prompte guérison de la paralysie faciale gauche. Enfin, les douleurs que

la malade ressentait dans le côté gauche de la face au moment de sa première visite à la Salpêtrière (12 octobre) avaient disparu en l'espace de quelques jours sans doute sous l'influence du traitement institué qui avait consisté dans l'application du courant galvanique sur la face.

Cette amélioration de la paralysie faciale, à gauche, était plus prononcée encore, à la date du 30 octobre. La malade pouvait maintenant plisser le front, faire mouvoir sa joue, relever la commissure labiale, clore complètement les paupières. A droite les choses se maintenaient *in situ* ; aussi l'asymétrie était-elle redevenue très nette. Le nez et la bouche se trouvaient de nouveau attirés vers la gauche.

Aujourd'hui, 11 décembre 1896, on constate l'état suivant : la paralysie faciale a entièrement disparu à gauche ; de ce côté, tous les muscles se contractent normalement, et on ne constate plus de modifications des réactions électriques.

A droite, la paralysie faciale subsiste presque complète ; la malade ferme incomplètement son œil droit ; la commissure labiale est attirée en haut et à gauche ; à droite, le pli nasolabial est effacé ; l'aile du nez s'est affaissée.

L'examen électrique révèle que la R. D. subsiste presque aussi prononcée qu'au début de la maladie.

La sensibilité gustative est émoussée, au niveau du tiers antérieur de la moitié droite de la langue ; à part cela on ne constate pas d'autres troubles de la sensibilité.

L'hyperacousie s'est dissipée.

CONCLUSIONS

Le zona est une maladie infectieuse, épidémique, contagieuse, subissant les influences climatiques, à manifestations et localisations multiples; principalement cutanées et nerveuses.

Les manifestations nerveuses de cette infection consistent surtout en paralysies faciales, ophtalmiques ou *affections multiples des nerfs craniens*.

L'herpès zoster, pour se produire, nécessite évidemment une altération des cellules nerveuses centrales ou des nerfs périphériques.

En ce qui concerne l'irritation des nerfs périphériques, il n'est point nécessaire pour la production des troubles trophiques cutanés qu'il y ait une lésion des nerfs sensitifs.

Nous considérons comme probable que le zona résulte

d'altérations portant sur les nerfs centrifuges, présidant aux fonctions propres du revêtement cutané.

Ainsi s'expliquerait la possibilité d'un zona sans troubles sensitifs, la lésion pouvant porter dans certains cas d'une façon isolée sur les nerfs spéciaux de la peau.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE.

VICTOR AUGAGNEUR.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE

- GREENOUGH. — *Journal of cutan. Med. and Diseases of the skin*, by Erasmus Wilson, octobre 1868.
- TRYDE. — Bernerkunger uber Facialis Paralyse. In *Nord. Med. Ark.* 2, n° 12, 1870.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux recueillies à la Salpêtrière par Bourneville. Paris, 1872.
- HARDI. — *Gazette de Paris*, 1873.
- BARTHÈS. — Du Zona. Th. de Paris, 1873.
- VERNEUIL. — *Gazette Médicale de Paris*, 1873.
- HANDFIEL JONES. — Zona cervico-brachial, paralysie. *Med. Times and Gazette*, p. 536, 1876.
- ROHE. — *Archiv. of Dermatol.* 1877.
- CHANDELUX. — Observation pour servir à l'histoire des lésions nerveuses du zona. *Archiv. de physiol.*, 1879.
- BLACHEZ. — Zona ophtalmique. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
- GUERNI. — Zona ophtalmique. Th. de Paris, 1880.
- VAILLARD. — Observ. pour servir à l'histoire des lésions nerveuses du zona. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1881.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales, tome I, zona.
- LETULLE. — Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale. *Arch. de physiol.*, 1882, II, p. 462.
- WOIGT. — Ueber complication von Herpes zoster occipito-collaris mit Gleichzeitiger schwerer peripherer Facialis Paralyse. *Saint-Petersbourg Med. Wochens*, IX, n° 43, 1884.

- EULENBOURG. — Ueber complication peripherischen Facialis Paralyse mit Zoster faciei. *Centralblatt f. Nerven.* XIII, 5, 4^{er} mars 1885.
- STRUBING. — Herpes zoster und Lähmung motorischer Nerven. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, vol XXXVII, 1885.
- COOB. — A case of herpes zoster. *In Boston med. and surg. Journ.*, mars 1885.
- REMAK. — Zur Pathogenie der peripherischen Facialis Paralysen complicirenden Herpes zoster. *In Centralblatt. f. Nerven.*, VII, 7, 1885.
- LEUDET. — *Archives de Médecine*, janvier 1887.
- TESTAZ. — Th. de Paris, 1887.
- DESPAIGNE. — Th. de Paris, 1888.
- LETULLE. — Discussion sur l'étiologie du zona. *Bull. Soc. clin.*, décembre 1888.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique, article Zona, 1889, tome 100.
- BRISOT. — Cliniques. Zona.
- BARTHELEMY. — Névrite du zona. *Bullet. de la Soc. de Dermat.*, juillet 1891.
- DARABSETH. — A case of Bell's paralysis following herpes zoster. *The Lancet*, 5 mai 1894.
- SPENCER. — Bell's paralysis occurring with herpes zoster. *The Lancet*, 9 juin 1894.
- BALDET. — Pathogénie du zona. Th. de Paris, 1895.
- RABBE. — Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. Th. de Paris, 1896.
- MORAT. — *Revue Scientifique*, 10 octobre 1895, 22 février 1896.
- GRASMANN. — Herpes zoster mit Gleichzeitiger Facialis Lähmung. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1887, vol. LIX, p. 615.
- RAYMOND. — Cliniques sur les maladies du système nerveux, 3^e série, p. 615, 1898.
- HAMMERSCHLAG. — *Archiv f. Ohrenheilkunde*, t. XLV, p. 4, 1898.
- KLIPPEL et AYNAUD. — *Journ. des Praticiens*, n^o 15, 15 avril 1899. *Gazette des Hôpitaux*, n^o 57, 20 mai 1899.
- LANNOIS. — *Lyon Médical*, n^o 32, 6 août 1899.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I ^{er} . — Paralysies faciales zostériennes	7
CHAPITRE II. — Des complications nerveuses de l'appareil oculaire dans le zona ophtalmique	13
CHAPITRE III. — Lésions multiples des nerfs craniens dans le zona	19
CHAPITRE IV. — Considérations étiologiques et pathogé- niques	47
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	75

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK & C^e

Rue de la Méditerranée
